# Actualités

## Handicap Estaimpuis

**12 janvier 1991**

Conférence annuelle de l'Association belge des bègues et ex-bègues. Thème: le bégaiement et sa rééducation.

A.B...B.E.B., rue des Peupliers 10, 7730 Estaimpuis, tél. 056/48.97.71 (après 19 heures).

## Enfant sourd

**Février, mars 1991**

Concours de dessins pour enfants sourds âgés de 8 à 17 ans, organisé par l'Association de Parents d'Enfants Déficients Auditifs Francophones.

Renseignements: A.P.E.D.A.F., rue Jan Blockx 15, 1030 Bruxelles, tél. 02/242.13.43.

## Troisième âge Mons

**Février, mars 1991**

Sessions de perfectionnement en gérontologie:
**28 février et 1er mars 1991**: accompagnement des personnes âgées en fin de vie et de leur entourage
**14-16 mars 1991**: relaxations et massages
**18 avril 1991**: la dépression

Programme détaillé sur demande au Centre de perfectionnement et de recherche en travail social, rue du Gouvernement 50, 7000 Mons, tél. 065/33.56.86.

## Sida Brno (Tchécoslovaquie)

**14-17 mai 1991**

Festival international «Alfa Video 91», dont une partie sera consacrée au thème du sida.

Renseignements: Alfa Video, PhDr. Lenka Kaplanova, Merkur, Vaclavské nam 28, CZ-112 13 Praha 1.

## Cancer

Le Centre Régional d'Action contre le Cancer (CRAC) de Liège a organisé, en collaboration avec l'Université de Liège, la Clinique de l'Espérance de Montegnée, la Ville de Liège et la Province de Liège sa troisième Journée liégeoise d'information sur le cancer au Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

Le thème de ce colloque portait sur la mort de la personne cancéreuse. Ce colloque, destiné principalement aux médecins et paramédicaux, avait pour objectif d'approcher ce qui existe en matière de soins terminaux en Communauté française.

Les actes reprenant l'intégralité des communications sont disponibles. On peut se les procurer pour le prix de 300 FB auprès du CRAC, rue des Augustins 30, 4000 Liège, tél.: 041/22.08.56.

## Femme Liège - Neupré

Atelier 40-50. Pour mieux comprendre les transformations de son corps, mieux vivre le départ des enfants, l'arrêt des activités professionnelles: cycle de 8 séances hebdomadaires.
Renseignements: Jeanne-Marie Delvaux, 041/41.63.35 et 41.32.77.

Parents Tremplins. Comment vivre positivement cette période riche et parfois difficile qu'est l'adolescence de nos enfants? Cycles de 6 séances hebdomadaires.
Renseignements: Jeanne-Marie Delvaux, 041/41.63.35 et 41.32.77.

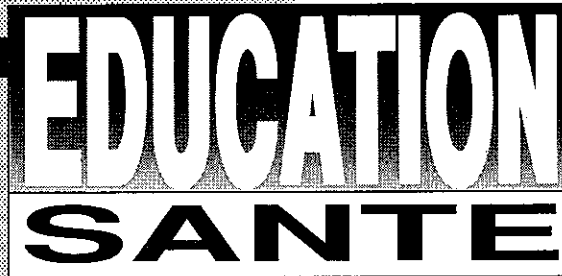
Atelier «Défis Femmes». Des techniques d'animation en provenance du Québec pour retrouver la confiance en soi, se prendre en charge, prendre des initatives de vie. Cycles de 12 séances hebdomadaires.
Renseignements: Marie-Thérèse Bet, 041/41.63.35 et 41.32.77.

Atelier «Produits de santé, médicaments, faites-nous du bien»
La santé c'est important, on en parle beaucoup, on parle beaucoup des produits de santé et médicaments pour la conserver. Comment rester en bonne santé, comment protéger celle de nos enfants?
7 séances pour y réfléchir ensemble au départ d'exemples concrets: à quoi servent les produits de santé et les médicaments; comment ils agissent dans notre corps; comment mieux les comprendre (mots compliqués, notices); comment les situer dans le marché de la santé (rôle de l'information, pression de la publicité).
Tous ces ateliers sont gratuits.
Renseignements: Femmes Prévoyantes Socialistes, rue Douffet 36, 4020 Liège, tél.: 041/41.32.77 et 41.63.35.

La revue Education Santé est réalisée avec l'aide du Ministère de la Communauté française de Belgique - Département de la Santé. Elle est publiée dans le cadre de la Cellule de coordination intermutualiste - Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes / Union Nationale des Mutualités Socialistes.







MENSUEL (NE PARAIT PAS EN JUILLET ET EN AOUT) JANVIER 1991 ISSN 0776-2623



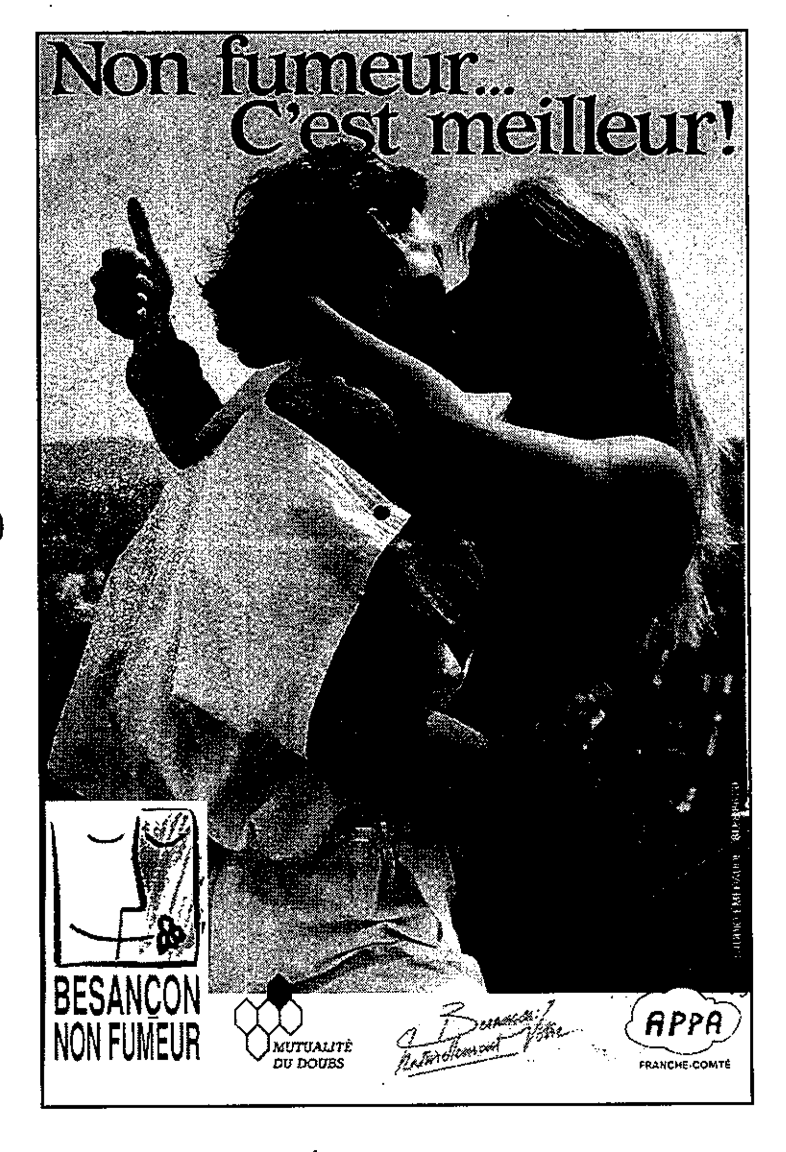
# EDUCATION SANTE

UN OUTIL AU SERVICE DES INTERVENANTS EN EDUCATION POUR LA SANTE DANS LA COMMUNAUTE FRANCAISE DE BELGIQUE



10 ANS

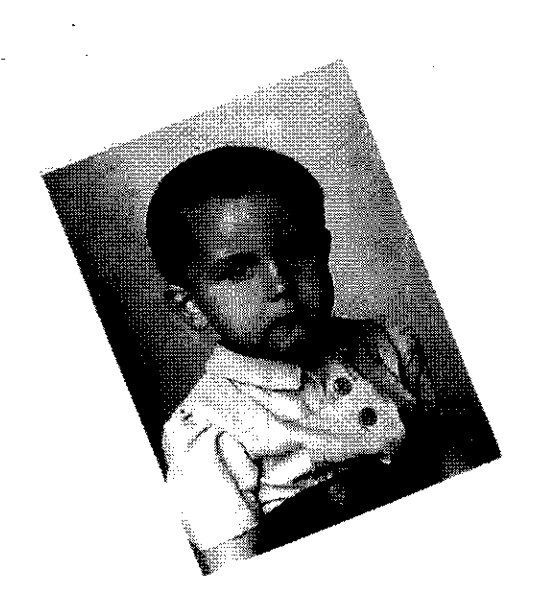


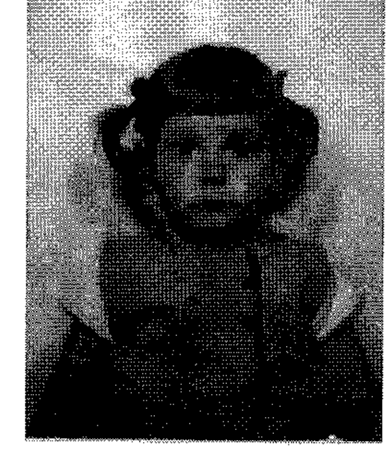



## Le défi de Besançon p. 28

Et notre supplément du mois

## L'APPRET, une méthode pour construire des programmes d'éducation pour la santé (1ère partie)







# L'Equipe d'Education Santé vous souhaite une heureuse année 1991

Jacques Henkinbrant    Maryse Van Audenhaege    Christian De Bock

tif de prise de conscience et de modification d'attitude à l'égard des personnes âgées ou handicapées. Dans cette catégorie de films promotionnels, j'ai néanmoins apprécié «Heure exquise ou musique pour revivre» (référence Filmed: 90 4604 161) qui, sous un titre peut-être rébarbatif, est un document bien filmé, évocateur et pudique sur la vieillesse, ce qui n'était pas le cas de tout ce que j'ai vu dans ce secteur...

**Dernière question**

Des coups de coeur?

Pas vraiment mais trois titres à épingler:

- Dis-moi que tu m'aimes, présenté ci-dessus, épinglé pour ses qualités pédagogiques dans le registre affectif.

- »Histoire d'os» et «Un dos pour une vie»: (références Filmed: 90 4602 165 et 90 4602 166) réalisés pour la prévention des maux de dos et utilisés dans le milieu du travail. C'est un «kit» de documents intéressants qui proposent une gamme variée d'objectifs (attitudes, connaissances, compréhension, nouveaux gestes) et sont assortis d'un guide pour l'animation.

- »Blues in blue»: (référence Filmed: 90 4601 170) traite des effets de l'alcool et du tabac. Il s'agit d'un vidéogramme d'animation réalisé par des jeunes de 12-15 ans dans le cadre d'un projet d'école artistique. Ce n'est pas le produit que j'épingle car le message préventif, en principe destiné aux enfants d'école primaire, est difficile à cerner. C'est l'expérience de création de document original d'éducation pour la santé menée par des jeunes eux-mêmes qui est intéressante.

Nous pourrions nous inspirer de l'idée pour des projets différents et plus actifs d'utilisation de l'audiovisuel en éducation pour la santé.

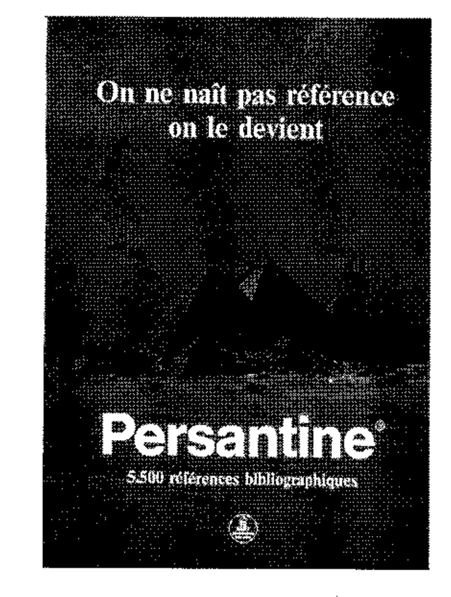
*Pour tout renseignement concernant le Festival et les films mentionnés ci-dessus, vous pouvez contacter FILMED, 12, rue Frédéric Petit, 80036 Amiens Cedex, FRANCE, Tél: 22.80.05.80, en mentionnant la référence du film qui vous intéresse.*

**Claudine Kefer**, Apes

*MEDICAMENT*

## Quel culot!

D'abord, une belle publicité, une véritable invitation au rêve ou au voyage, publiée dans la presse médicale belge. Le slogan, d'une exemplaire sobriété, s'appuie sur une bibliographie apparemment convaincante, puisque l'annonce fait état de 5.500 références. De quoi être impressionné, et se dire qu'un médicament pouvant s'appuyer sur une telle quantité d'études doit être une des 7 merveilles de la chimie moderne.




Voici ce que le lecteur curieux, ne se contentant pas des arguments publicitaires, pouvait trouver dans la revue de presse de Prescrire (n°77, 1988) présentant un dossier publié par le New England Journal of Medicine du 14 mai 1987 sur ce médicament, dont le nom générique est dipyridamole.

*«La revue générale dont il est question aujourd'hui, réalisée à la demande de responsables américains de la Santé, met en relief deux caractéristiques du dipyridamole: l'absence de preuves de son efficacité thérapeutique; la quasi-inexistence d'études cliniques évaluant seul et correctement cet antiagrégant plaquettaire. Ces faits laissent rêveur, quand on connaît l'utilisation mondiale de ce médicament.» (1)*

Suit un résumé accablant de la mise au point bibliographique effectuée aux Etats-Unis, dont voici la conclusion:

*«Le dipyridamole est largement prescrit en tant que médicament anti-thrombotique, associé généralement avec l'aspirine. En dépit de son apparente efficacité lorsqu'il est utilisé à fortes concentrations dans certains modèles animaux réalisant des lésions vasculaires, une activité anti-thrombotique chez l'homme reste à établir... Dans la majorité des essais cliniques prospectifs, réalisés en vue de démontrer l'efficacité du dipyridamole, celui-ci a été associé avec de l'aspirine plutôt que d'être comparé au seul placebo.*

*Le peu d'essais dans lesquels l'aspirine seule a été comparée à une association aspirine + dipyridamole suggère que le dipyridamole ne contribue que peu, s'il y contribue, à l'effet antithrombotique de l'aspirine.*

*Si l'on tient compte du doute relatif à la dose de dipyridamole ayant une activité antiagrégante dans la plupart de situations cliniques, de son absorption variable d'un sujet à l'autre, de son prix et de ses effets secondaires dose-dépendants, l'utilisation de ce médicament en tant qu'antiagrégant plaquettaire n'apparaît pas scientifiquement raisonnable.»*

Evidemment, la publicité n'affirme pas que les 5.500 références concluent à l'efficacité du médicament. Ou alors, ceci était sans doute la 5.501ème...

Bref, comme dirait l'autre, «du haut de ces pyramides, 20 ans de balivernes vous contemplent».

(1) Pour la seule Belgique, on évalue à plus d'un milliard par an le chiffre d'affaire de la seule marque Persantine, dont 75 à 80 % sont à charge de la sécurité sociale. ■







## Filmed 90

### Deuxième Biennale Internationale du Film Médical à Amiens

Quand un permanent de l'A.P.E.S. a l'occasion de participer au Festival du Film Médical à Amiens, il se promène en curieux, à la recherche des films susceptibles d'être utiles aux éducateurs pour la santé. C'est l'occasion de se poser les quelques questions suivantes:

**Première question**

Dans un festival du film médical de plus de 300 films, trouverai-je des documents destinés à un public non médical ?

Oui, à côté de très nombreux films portant sur des techniques médicales hautement spécialisées et relevant de la formation médicale et paramédicale, on trouve une proportion non négligeable de films destinés à un public non professionnel.

**Deuxième question**

Quelles disciplines médicales produisent particulièrement ces films pour non initiés ?
Les catégories dans lesquelles j'ai trouvé des films de vulgarisation ou d'éducation sont essentiellement:
- la santé publique;
- la santé au travail;
- l'hygiène;
- la gériatrie;
- la pédiatrie;
- la rééducation.

**Troisième question**

Quand un film de santé ne s'adresse pas au médecin, à qui s'adresse-t-il?

Il s'adresse soit aux jeunes en âge d'école, soit au grand public et aux familles, soit au patient, soit aux décideurs politiques et bailleurs de fonds.

Cette dernière catégorie occupe d'ailleurs une place importante comme public cible de cette production vidéographique.

**Quatrième question**

Comment sont évalués ces films «grand public» ?

Ils concourent dans les mêmes catégories que les films médicaux spécialisés, sans d'ailleurs que soit explicité aucun critère d'évaluation. Plusieurs de ces films sont primés.

**Cinquième question**

Y a-t-il des thèmes porteurs ?

**Voyons d'abord du côté du SIDA**

- Je constate qu'il n'y a pas de document spécialisé adressé aux médecins sur cette thématique mais bien une petite dizaine de documents destinés aux profanes et disséminés dans les catégories «hygiène», «santé publique» et «dermatologie».

- Que trouve-t-on comme productions vidéo sur ce thème ?

D'abord quelques films peu originaux, aux objectifs uniquement informatifs et à la présentation essentiellement verbale.

Ensuite des fictions portant sur les aspects psycho-sociaux de la maladie et de son dépistage mais peu constructifs, ne débouchant pas sur une proposition d'attitude ou de comportement positif.

Enfin un très bon document de prévention: **«Dis-moi que tu m'aimes»** (référence Filmed: 90 4601 221): c'est une séance d'éducation sexuelle et affective qui est filmée, une rencontre entre deux classes terminales sur le thème de l'amour qui est enregistrée en direct.

La vraie problématique de la prévention du sida est abordée, dans son contexte et sur le bon ton. J'ai beaucoup apprécié ce document, destiné aux éducateurs et aux enseignants.

Il reste néanmoins à envisager comment les enseignants peuvent concrètement exploiter ce document pour préparer leurs propres animations et non pour remplacer un échange sur ce sujet par une simple séance de visionnement du vidéogramme avec leurs élèves.

**La gériatrie et les personnes agées**

**La rééducation et les personnes handicapées**

Une production relativement importante de documents destinés aux profanes atteste de l'intérêt social de ces deux problématiques.

C'est dans ces deux catégories que j'ai rencontré plusieurs documents destinés aux décideurs politiques et aux bailleurs de fonds.

Je ne connaissais pas ce type de documents dans le champ de la santé et ils m'ont un peu déçue quant à une utilisation en éducation pour la santé. Il s'agit généralement de reportages centrés sur une expérience précise. Ils ont un côté «publicitaire» et «raccoleur», présentant un point de vue très limité dans le temps et dans l'espace et ne comportent guère d'objectif éduca-



*Réalisation et diffusion:*
*Infor Santé, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles. Tél.: 02/237.48.53. Fax : 02/237.33.00 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire).*

*Rédacteur en chef :*
*Jacques Henkinbrant.*

*Secrétaire de rédaction :*
*Christian De Bock.*

*Secrétaire de rédaction adjoint: Roger Swinnen.*

*Documentation, abonnements: Maryse Van Audenhaege.*

*Comité de rédaction :*
*Christian De Bock, Alain Deccache, Michel Demarteau, Jacques Henkinbrant, Vincent Magos, Jean-Louis Pestiaux, Danielle Piette, Roger Swinnen, Thierry Poucet, Patrick Tréfois.*

*Editeur Responsable :*
*Jean Hallet.*

*Maquette : Philippe Maréchal.*

*Composition : P&E.*

*Photogravure et impression : Economat ANMC.*

*Tirage : 2.000 exemplaires.*

*Diffusion: 1.500 exemplaires*

*ISSN : 0776 - 2623.*

*Les articles publiés par Education Santé n'engagent que leurs auteurs. La revue n'accepte pas de publicité.*

*Pour tous renseignements complémentaires : Education Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles, tél.: 02/237.48.53.*

# Pour L'A.P.E.S., un gâteau avec 10 bougies

**UNE POUR LA CREATIVITE :** l'A.P.E.S. a réellement inventé l'accompagnement méthodologique et est pionnier de son développement.

**UNE POUR LA PLURIDISCIPLINARITE:** les collaborateurs de l'APES venaient et, peut-être dans une moindre mesure, viennent encore de tous les horizons professionnels et institutionnels.

**UNE POUR LE SERVICE :** l'A.P.E.S. n'impose pas sa démarche et respecte le projet d'autrui.

**UNE POUR LA RIGUEUR :** l'A.P.E.S. propose à chaque équipe accompagnée dans sa démarche un peu plus de méthode et une amélioration de la qualité des interventions.

**UNE POUR LA PERSEVERANCE :** l'A.P.E.S. poursuit ses objectifs avec ténacité; un des buts atteints : les équipes s'adressent maintenant à l'A.P.E.S. au début de leur démarche et non plus, comme il y a plusieurs années, à la dernière phase de leur évaluation.

**UNE POUR LA DECENTRALISATION :** le pari gagné de rester à Liège et de répondre aux demandes des équipes de Mouscron à Arlon.

**UNE POUR LA PRESIDENTE, LE DIRECTEUR ET L'EQUIPE DES PERMANENTS** qui ont fait, font et, nous l'espérons, feront, avec nous, l'A.P.E.S.

**UNE POUR LES OUBLIES** qui, comme Mintiens, ont aidé l'A.P.E.S. à grandir et à survivre aux changements de politique des ministres.

**UNE POUR LE TRAVAIL A LA BASE:** l'essentiel du travail de l'A.P.E.S. est discret; les résultats bénéficient aux équipes et non à l'A.P.E.S.

**UNE POUR LE FUTUR :** que l'A.P.E.S. continue son travail de pionnier avec les équipes de base et en collaboration avec les différentes institutions.

Ces dix années ont préparé l'A.P.E.S. à remplir les missions qui sont les siennes dans l'Arrêté du 8.11.1988(1). En fait, l'A.P.E.S. était un «service aux éducateurs» avant la lettre. On peut même oser l'hypothèse que le fonctionnement de l'A.P.E.S. a inspiré le législateur.

En résumé : c'est bon, c'est du Belge, et c'est pas fini !
Félicitation.

**Danielle Piette,** *PROMES, Ecole de Santé Publique, U.L.B.*

(1) Ceci est une référence à la réglementation des Services en Education pour la Santé (Arrêté du 08.11.1988).

# Qu'est-ce qui fait courir l'A.P.E.S. ?

apes 10 ANS

Ce numéro spécial qui nous donne la parole, c'est une chance à saisir : celle, bien sûr, de vous présenter nos services, nos activités et les moyens d'y accéder; celle, certainement, de jeter un regard, des regards sur dix années d'éducation pour la santé; celle, surtout, de réaffirmer nos convictions, nos buts.

Qu'est-ce qui fait courir l'A.P.E.S. ?

• Nos racines: associative, universitaire, pédagogique.
• Un concept: celui de promotion de la santé.
• Nos partenaires: les personnes et les organisations actives en éducation pour la santé.
• Nos objectifs: convaincre, informer, former, chercher.

## Les racines

L'A.P.E.S. (Association pour la Promotion de l'Education pour la Santé) est une association sans but lucratif. Son principal objet est de «rassembler toutes les personnes ou associations dont la vocation est en tout ou en partie de faire de l'éducation pour la santé». L'A.P.E.S. rassemblait, en 1988, 120 associations et répondait donc très largement à cet objectif. Elle était un lieu d'échanges, de collaboration et permettait aux acteurs de l'éducation pour la santé de se connaître, de s'apprécier. Cette vie associative, ce passé, nous marque encore.

L'A.P.E.S., c'est aussi, dès le départ en 1981, une cellule interuniversitaire et interdisciplinaire de conseils en méthodologie et en évaluation au service des équipes de terrain. Les contacts répétés entre des experts venus d'horizons différents a contribué à développer l'éducation pour la santé dans nos universités et sur le terrain. Ils ont guidé l'A.P.E.S. dans sa volonté de promouvoir une approche évaluative de l'éducation pour la santé. Cette collaboration étroite et ancienne avec les universités et plus particulièrement avec l'école de santé publique de l'Université de Liège s'est affirmée par des liens statutaires.

Enfin, l'A.P.E.S., c'est aussi ceux qui y travaillent. Nous sommes au départ des professionnels de l'éducation issus du Laboratoire de pédagogie expérimentale du Professeur Gilbert DE LANDSHEERE. Nous y avons appris la rigueur scientifique, la complexité des phénomènes liés à l'éducation et l'importance des acteurs qui y interviennent : parents, enseignants, institutions, médias, etc.

La recherche en pédagogie est plurielle. Elle est aussi au service de l'action. Nous y puisons toujours nos principes et nos méthodes.

## Le concept

La promotion de la santé est le processus qui confère à l'individu et à la collectivité les moyens d'une meilleure maîtrise des facteurs qui influencent leur santé. La santé est une ressource pour réaliser les aspirations, satisfaire les besoins, évoluer avec le milieu et le transformer.

La promotion de la santé est un concept, une représentation mentale générale et abstraite. Celle-ci varie donc avec les personnes qui l'utilisent en fonction de leurs expériences, de leurs espérances.

Ce concept, nous le voyons, nous, comme des universitaires préoccupés de l'action éducative dans le domaine de la santé, comme des éducateurs pour la santé.

L'éducation pour la santé, nous paraît une composante importante du concept de promotion de la santé, même si elle n'est pas la seule (conditions sociales, services sanitaires, etc.).

En effet, l'éducation pour la santé est pour nous l'ensemble des moyens mis en oeuvre pour permettre aux individus et aux groupes de développer les connaissances, les attitudes, les comportements nécessaires pour gérer leur santé individuellement et collectivement.

L'éducation pour la santé doit donc tendre à:

- reconnaître et s'adapter à la diversité des cultures, des représentations;
- s'appuyer sur les réseaux sociaux et les renforcer;
- favoriser la participation effective de chacun;
- développer les apprentissages qui sont des ressources pour la santé.

## Les partenaires

La professionnalisation d'un domaine comme celui de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé cache un danger important : celui de l'exclusion d'autres professionnels et de la population.

L'éducation pour la santé est et doit rester un carrefour, ouvert à tous. Le concept de promotion de la santé l'exige. Les stratégies pour le développer aussi. La promotion de la santé ne sera effective que si elle mobilise l'ensemble des réseaux sociaux, éducatifs, culturels, politiques, économiques,...

Il y a une place pour des personnes spécialisées en éducation pour la santé, mais certainement pas pour une profession.

Nos partenaires se définissent alors comme toutes les personnes et organisations qui agissent ou qui peuvent agir dans le domaine de la promotion et de l'éducation pour la santé.

Nous sommes là pour développer et promouvoir, avec eux, l'éducation pour la santé.

## Les objectifs

L'objectif principal de l'A.P.E.S. a été repris en 1989 dans ses nouveaux statuts. Il répond à la mission définie par la Communauté française de Belgique sous le terme «Service d'assistance en méthodologie et en évaluation en éducation pour la santé»:

*«PROMOUVOIR la qualité méthodologique des programmes d'éducation et de promotion de la santé dans la Communauté française de Belgique par l'assistance méthodologique, l'information et la formation auprès des personnes ou des associations actives en éducation et promotion de la santé».*

Cet objectif se précise comme suit:

- **Susciter le désir et la volonté** de développer des actions de qualité.
- **Rendre capable** de concevoir, entreprendre, évaluer et réussir des projets utiles par l'information, la formation, l'aide méthodologique.
- **Développer et rendre accessible** des outils méthodologiques répondant aux finalités de la promotion de la santé et adaptés aux activités de terrain.
- **Développer la collaboration** entre les équipes universitaires et les partenaires de l'éducation pour la santé.

## Conclusion

L'A.P.E.S. offre des services, est au service des acteurs de l'éducation pour la santé. Nous espérons courir encore longtemps à vos côtés.

**Michel Demarteau.**, Directeur de l'Apes





Les titres qui nous ont intéressés:

- On attend bébé
- Un bébé à la maison
- Dormir
- Propre
- Les dents de lait
- Manger.

Chacun se termine sur une réflexion du genre «Mine de rien, devenir propre c'est formidable, mais quel plaisir de se salir de temps en temps!». D'où le titre de la collection...

*Collection Mine de rien, Paris, Editions Hatier, 12 pages, 29FF.* ■

# Boire... Ne pas boire... Comment boire?

«Je ne suis pas alcoolique bien que buveuse selon ma propre norme (qui n'est pas forcément la meilleure en fonction de mon poids, de mon âge, de mon sexe et de l'état de mes artères) et selon mes propres rites, hérités de ma famille, de la région et du pays où je suis née.

Je ne suis pas alcoologue bien que je vienne effectivement de proposer un discours sur l'alcool en imaginant ce que vous, lecteur, souhaiteriez lire. Je l'ai élaboré à partir de l'embarras dans lequel m'ont souvent mise, à la fois les questions de mes interlocuteurs et l'opacité des ouvrages spécialisés. (...) A vous maintenant de poursuivre votre réflexion à partir de la mienne (...) Et sans qu'il soit besoin de lever le moindre verre, de jus de carotte ou de champagne, je vous dis: à votre santé!»

L'auteur de «Apprivoiser l'alcool» s'adresse ainsi à ses lecteurs en fin d'ouvrage. Ces quelques réflexions nous semblent refléter l'esprit dans lequel il a été écrit. Destiné à tous ceux qui se posent des questions sur leur relation avec l'alcool (et en France comme en Belgique cela fait un potentiel de lecteurs assez élevé), il pose dans une première partie des questions telles «qu'est-ce que l'alcool?», «à quoi tient le prestige de l'alcool?», «faut-il avoir peur de l'alcool?».

Divers psycho-jeux permettent au lecteur de se situer par rapport à ces questions. Il trouvera également, dans un style assez plaisant, quelques astuces pour boire moins.

Michèle Costa Magna
Apprivoiser l'alcool
Boire... Ne pas boire... Comment boire?
Centurion

La deuxième partie est nettement plus sérieuse (non que la première ne le soit pas quant au fond) et s'adresse plutôt à ceux qui ont un réel problème d'alcoolisme. Elle les aidera à s'y retrouver dans les différentes aides médicales et psychothérapeutiques qui leur sont proposées dès lors qu'ils sont décidés à guérir de la maladie alcoolique.

Le livre se termine sur une série de réflexions, d'idées reçues sur l'alcool «vraies jusqu'à un certain point, fausses quand on en fait des lois universelles», des questions et réponses de deux clans d'opinion, celui de l'alcool-poison et celui de l'alcool-potion. «Eternel débat, éternel dilemme, la vérité multiple de l'alcool présente des facettes différentes selon chacun et les moments de sa vie».

*M. COSTA-MAGNA, Apprivoiser l'alcool - Boire... Ne pas boire... Comment boire?, Paris, Eds. du Centurion, 1990, 190 pages, 89FF.*

Dans un tout autre style, «Il (ou elle) boit, que faire?» s'adresse à l'entourage et principalement au compagnon (à la compagne) d'une personne alcoolique. Son but: aider le lecteur qui vit «ce drame quotidien sans savoir comment l'aborder et qui se débattent au milieu de mille questions sans réponses».

Jusqu'où faut-il espionner?, faut-il culpabiliser ou déculpabiliser?, faut-il exclure l'alcool de la maison?, peut-on forcer quelqu'un à se soigner? sont quelques-unes de ces questions auxquelles répond Nathalie Pacout, dans un style à la fois directif et débordant parfois de bons sentiments.

On se demande toujours, face à ce genre de livre sensé apporter toutes les réponses et toutes les solutions, quelle utilité réelle il présente, et en quoi il peut être différent de la masse d'ouvrages qui existent sur le marché.

Il n'empêche, il a quand même le mérite d'expliquer aux proches certains comportements de l'alcoolique, de concrétiser certains problèmes de la vie commune, de proposer à l'entourage certaines analyses de situations, le décryptage de certains messages émis par l'alcoolique, à défaut d'aide réelle.

*N. PACOUT, Il (ou elle) boit, que faire?, Eds. Marabout, 1990, (Marabout Service; MS30), 152 pages.* ■

**La suite de la brochure "APPRET" dans notre prochain numéro.**

*Chantal Vanderborght, Flair, avenue Brugmann 27a, 1060 Bruxelles.* ■

# BodyTalk

Une lettre d'information bimensuelle concernant l'information médicale et scientifique sur les sports et la santé, l'assistance médicale et psychologique des sportifs, sur la condition physique en général, la nourriture équilibrée et l'alimentation des sportifs,... Tel est le but de BodyTalk, une publication de Lexico qui existe déjà en néerlandais, et dont la version française a été lancée fin octobre.

## Le but de la lettre d'information

L'objectif de la revue est simple: pratiquer un sport est bénéfique pour autant qu'on le fasse intelligemment. Tous les sports ne conviennent pas à tout le monde. Un sportif amateur averti en vaut deux, et il est donc important de l'informer le plus correctement possible pour qu'il retire un profit maximum de sa pratique sportive.

BodyTalk, réalisée en étroite collaboration avec les centres de médecine sportive, d'éducation physique et de kinésithérapie de la VUB et de l'ULB a pour ambition d'informer ses lecteurs sur les recherches et données scientifiques et médicales en Belgique et à l'étranger concernant la médecine sportive, l'entraînement, la mise en forme, la nourriture, ...

Dans chaque numéro, on trouve un article sur l'alimentation, un «conseil condition», un test, un dossier plus complet sur un thème précis, des questions-réponses, etc. Les articles sont brefs, Body Talk faisant 8 pages A4.

Cette newsletter s'adresse en premier lieu aux amateurs de sports, mais aussi à ceux qui sont professionnellement en contact avec des sportifs: médecins, kinés, entraîneurs, etc.

BodyTalk a aussi édité un petit ouvrage pratique reprenant les questions les plus fréquemment posées au Téléphone Sport Santé de la VUB. Le titre, «Le jogging peut-il rendre fou?» est accrocheur, le contenu est direct, clair et bien documenté.




Disponible également chez le même éditeur, «Le carnet d'entraînement pour le joggeur et le coureur de fond», présenté dans un classeur de 32 pages + 52 fiches hebdomadaires. L'ouvrage est rédigé par une orfèvre en la matière, l'excellente athlète Véronique Collard. Il coûte 420 FB (345 FB pour les abonnés à la newsletter).

## Longue vie à BodyTalk

L'éditeur de BodyTalk, Lexico, ne nous est pas inconnu, puisqu'il publie déjà «Preventief», une lettre d'information en néerlandais spécialisée en éducation pour la santé. On trouve ici le même professionnalisme et la même approche pragmatique de l'information dans un domaine pointu. Bref, une parfaite adéquation entre le message à transmettre et les moyens utilisés!

*BodyTalk, Lexico Belgique, Brasschaatsteenweg 200, 2920 Kalmthout, tél.: 11.26.83 (sans préfixe de zone). La revue paraît 22 fois par an et est disponible uniquement par abonnement, au prix de 3.350 FB par an.* ■

# Mine de rien... la santé des tout-petits

Nous vous présentons ici chaque nouvelle parution de la collection «Grain de sel». Certains pensent peut-être qu'on leur rebat les oreilles avec ces livres pour enfants, qui sont pourtant devenus pour nous des «premiers choix» en matière de matériel didactique.

Et nous n'avons pas fini de reparler des Editions Hatier, car une nouvelle collection y a été créée, à destination cette fois des tout-petits (2-3 ans).

«Mine de rien» compte déjà une dizaine de titres, dont six touchant à la santé. Le principe: des petits livres cartonnés de 12 pages illustrées en couleur, un texte qui s'adresse directement aux enfants via une lecture par les parents pour leur donner de bonnes habitudes de vie qui grandiront avec eux.









# Coordination locale: rêvons un peu...

Depuis quelques années, je suis responsable du service Infor Santé de la fédération des Mutualités chrétiennes de la région Tournai-Ath-Lessines-Enghien. Bien entendu, je ne fais pas cela à temps plein, mais c'est cependant une occupation importante.

J'essaie donc de me tenir au courant. J'ai ainsi appris que, depuis maintenant deux ans, l'éducation pour la santé s'est structurée au sein de la Communauté française. Il faut bien reconnaître que, pour nous, sur le terrain, cela n'a pas apporté grand-chose. Au contraire, les subsides sont maintenant monopolisés au niveau central. Un bon point pourtant: nous recevons Education Santé tous les mois au lieu de quatre fois par an, et la qualité de cette revue s'est nettement améliorée. Je suis heureux de pouvoir l'offrir aux personnes intéressées que je rencontre.

## Les services aux éducateurs: c'est loin!

Pour le reste, les services agréés me semblent éloignés autant de mes préoccupations quotidiennes que de ma région. Je ne leur reproche rien, mais je n'ai guère recours à eux. Lorsque j'entreprends une action au niveau local, je n'ai pas le temps d'aller chercher de la documentation au RESO à Woluwé ni de demander des conseils méthodologiques à l'APES à Liège. Il m'est arrivé de consulter Educa Santé à Charleroi, mais cela prend pas mal de temps. Je reçois du matériel didactique de la Croix-Rouge, mais c'était déjà le cas avant qu'elle soit agréée comme service aux éducateurs. Je crains d'ailleurs que, si je prenais le temps de recourir régulièrement aux services communautaires, on m'enverrait vite promener, car si tout le monde s'adressait à eux, ils seraient vite débordés.

## Un relais entre le terrain et les services spécialisés

C'est la première raison pour laquelle je me réjouis d'apprendre qu'une commission locale de coordination va être installée à Tournai en 1991. En effet, je crois que le premier rôle de cette coordination locale est d'être un relais entre les gens du terrain et les services spécialisés. C'est l'animateur de ce centre de coordination qui doit nous apporter les conseils méthodologiques, mettre à notre disposition une documentation de base, organiser des formations, etc., et c'est lui qui devrait éventuellement s'adresser aux services aux éducateurs lorsqu'il n'est pas capable de répondre à nos besoins. Je crois d'ailleurs que cela correspond plus ou moins aux deux premières missions qui leur sont confiées par l'arrêté:
- mettre à la disposition des relais locaux toutes les informations concernant les services et programmes communautaires;
- mettre à la disposition des relais locaux informations, documents, stratégies d'interventions et méthodes.

Malheureusement, le terme «mettre à la disposition» me semble un peu faible, car il n'implique pas nécessairement une démarche active. Or, depuis deux ans, cette mission était déjà confiée provisoirement à la commission sectorielle de la F.A.R.E.S. qui n'a absolument rien fait (ou alors avec une discrétion extraordinaire!). Pourquoi commencerait-elle subitement aujourd'hui? Peut-être parce qu'elle le fera dorénavant avec la collaboration de Hainaut-Santé, un service de la province du Hainaut. La Province est certainement plus riche que la FARES, mais le risque de bureaucratie n'est-il pas aussi grand, sans parler du danger d'une politisation partisane? L'expérience passée et ce que je connais des structures de la FARES et de la Province me permet aussi de redouter une médicalisation excessive de l'éducation pour la santé.

Je ne perds cependant pas espoir, car tout dépend de la personne qui sera désignée pour assumer cette responsabilité.

Mais revenons à cette mission de «mise à la disposition». Pour moi, concrètement, cela doit se traduire par l'existence d'un centre de documentation où je puisse consulter, par exemple:
- un fichier d'adresses des tous les services de santé régionaux ainsi que des divers services susceptibles de relayer l'action d'éducation pour la santé (écoles, mouvements, personnes ressources...);
- un fichier des actions d'éducation pour la santé menées dans la région;
- les fichiers du service de documentation communautaire;
- les informations du service «banque de données»;
- une bibliothèque de base avec au moins les documents pédagogiques et autres réalisés par les services agréés.

L'aspect formation est aussi très important. Ma formation de travailleur social m'a un peu préparé à

ce genre de travail. Mais un minimum de recyclage plus spécialisé est indispensable. Jusqu'à présent, je me suis formé sur le tas, dans la pratique et par des lectures. Mais on devrait pouvoir suivre des journées d'étude ou d'autres formules de formation continuée dans sa région et pas toujours à Bruxelles.

Ma formation étant ce qu'elle est, l'animateur-coordinateur devrait être à même de m'apporter une aide méthodologique, car l'éducation pour la santé n'est pas mon seul terrain d'action, mais contrairement à ce qui se passe dans d'autres secteurs, on ne m'y propose aucun recyclage structuré à court, moyen ou long terme.

## Coordination verticale

Passons aux autres missions imparties aux commissions de coordination:
- transmettre au Centre de Coordination Communautaire les informations en provenance de la population et des intervenants locaux;
- favoriser l'intégration des actions locales dans le cadre des priorités définies par le Ministre;
- organiser un lieu de rencontre et organiser des groupes de travail en vue de favoriser les synergies locales.

Les deux premiers de ces trois points font du Centre local un relais entre le terrain et les hautes sphères de la Communauté. C'est l'aspect vertical de la coordination. Nous ne demandons qu'à intégrer nos actions dans les priorités du Ministre, à condition que celui-ci tienne suffisamment compte des besoins du terrain et que nous soyons associés à la définition de ces priorités. Evidemment, nous n'avons actuellement qu'une connaissance empirique de ces besoins. Au besoin, le centre local pourrait promouvoir des enquêtes. Il devrait aussi nous servir de relais par rapport à l'observatoire provincial de santé.

## Favoriser les synergies

Le dernier point m'intéresse davantage. Nous nous sentons souvent assez isolés sur le terrain. Les principaux organismes régionaux actifs en éducation pour la santé devraient être invités à se concerter régulièrement. Des groupes de travail définis en fonction des publics cibles ou en fonction de certaines problématiques pourraient donner naissance à des actions coordonnées de plus grande envergure et plus efficaces. Cela demande un minimum d'infrastructure: un secrétariat avec une permanence téléphonique et un minimum d'outils informatiques, un lieu de réunion, un agenda des activités. Une feuille de liaison régionale pourrait aussi être utile pour faire circuler l'information.

Il paraît que la subvention prévue pour cela est de 2 millions. Evidemment, c'est peu de chose pour faire tout ce que je demande. Juste de quoi payer l'animateur et les frais de fonctionnement. Mais il paraît que les provinces sont les seuls pouvoirs publics qui ont encore de l'argent.

Bref, j'attends beaucoup de cette coordination locale, mais, à la lumière du passé récent, je ne me fais pas trop d'illusions. J'espère avoir tort!

**Guy Delobel**, Infor Santé, Fédération des Mutualités Chrétiennes de Tournai-Ath-Lessines-Enghien.

**Bientôt, le nouveau catalogue "Education Santé" de la Médiathèque...**



10 ANS

# Les greniers de l'A.P.E.S.

Depuis dix années, nous avons accumulé une quantité importante d'informations sur des projets d'éducation pour la santé et leur accompagnement scientifique par les membres de la Cellule de conseil en méthodologie.

En effet, chaque intervention de la Cellule doit se terminer par la rédaction d'un rapport.

Nous disposons ainsi d'une bonne centaine de rapports d'intervention qui dormaient incognito au fond de nos greniers, faute de temps et parce que la priorité a toujours été accordée au travail présent, plutôt qu'à l'exploitation du passé.

Néanmoins, vous permettre de prendre connaissance des expériences passées, en mettre une description à votre disposition, nous a toujours paru une étape importante de notre rôle, même si elle est loin d'être une étape suffisante du conseil méthodologique. En outre les missions qui nous été attribuées en 1988 prévoient explicitement la diffusion de résultats d'évaluation.

La décision a donc été prise et la machine à remonter le temps a été activée: les rapports d'intervention ont été rassemblés, secoués, dépoussiérés, classés, relus, décrits, synthétisés. Ils seront bientôt reliés, reproduits et diffusés.

Voici comment nous avons entrepris de mettre ces informations à votre disposition.

### 1. Les rapports eux-mêmes

Lorsqu'un rapport nous paraît trop

maîtriser le fonctionnement. Il pose les questions auxquelles il faut répondre pour effectuer la régulation d'un système éducatif.

Il propose une clarification des composantes et du fonctionnement des groupes auxquels nous sommes confrontés quotidiennement dans notre travail.

**NUMERO 5**

**Pour mieux choisir son évaluation; définition et rôle des évaluations en éducation pour la sante**

*Alain DECCACHE, Réseau des Enseignements en Santé Ouverts aux adultes, Ecole de Santé Publique, Université Catholique de Louvain.*

Ce numéro vous propose de réfléchir à l'évaluation, de clarifier les divers rôles et types d'évaluation afin de mieux choisir celui qui est adapté à votre projet.

Il fixe et concrétise le cadre théorique dans lequel d'autres numéros de la collection pourront se situer pour présenter des techniques particulières d'évaluation.

**NUMERO 6**

**L'A.P.P.R.E.T., une méthode pour construire des programmes d'éducation pour la santé**

*Michel DEMARTEAU, Association pour la Promotion de l'Education pour la Santé, Université de Liège.*

Ce numéro vous propose une démarche générale de résolution de problèmes adaptée spécifiquement à l'élaboration de vos programmes d'éducation pour la santé.

Il propose une grille de réflexion à mener au moment de la conception du projet; des questions concrètes et un exemple illustrent la démarche.

**NUMERO 7**

**L'enquête par questionnaire, une méthode de collecte de données**

*Michèle HAP, Centre Universitaire de Charleroi.*

Ce numéro vous propose de mieux connaître et mieux utiliser une autre méthode de collecte de données que celle présentée dans le numéro 3. De manière approfondie, il vous rappelle les possibilités d'application de cette méthode et vous explique l'ensemble des opérations à suivre pour préparer une enquête par questionnaire.

**NUMERO 8**

**La conception des illustrations de brochures**

*Dieudonné LECLERCQ, Centre d'Enseignement et de Recherche pour l'Education et la Santé, Service de Technologie de l'Education, Université de Liège.*

Ce numéro vous propose d'abord une réflexion sur les apports de l'image dans un texte, puis des conseils concrets pour concevoir vos illustrations et enfin des procédés variés pour tester l'impact de vos dessins. Les conseils pour la conception sont proposés sous forme de neuf principes largement illustrés d'exemples.

**Pour le trimestre prochain :**

Un numéro écrit par T. Bertrand, du R.E.S.O., pour vous aider à recourir efficacement à la recherche documentaire.

Les numéros sont généralement édités en supplément à la revue EDUCATION-SANTE. La collection est disponible à l'A.P.E.S., au prix de 100 FB l'exemplaire.■

# Flair à l'hôpital

Les magazines féminins, un bon support pour l'information et l'éducation sanitaires? Tout dépend du journal... et du journaliste. En tous cas, Chantal Vanderborght vient de nous en donner un excellent exemple dans Flair. En supplément au numéro 45, nous trouvons un carnet de 16 pages intitulé «L'hôpital... mieux le connaître pour en avoir moins peur». En six petits chapitres, on y aborde divers aspects, tels que l'humanisation de l'hôpital, les aspects pratiques (notamment financiers) de l'hospitalisation, l'hospitalisation d'un enfant, les erreurs médicales et le métier d'infirmière. Peu de «bons conseils», beaucoup de témoignages, d'un médecin, de patients, d'infirmières surtout.

L'infirmière est d'ailleurs présente tout au long de ce petit «dossier» sous la forme d'extraits du journal d'une infirmière: «une semaine avec Sarah, infirmière». Ce petit feuilleton bien écrit, très attachant, fait bien ressortir diverses facettes de ce beau (?) métier. Avec un point d'interrogation, car il y a le côté rose, «l'image toute faite et toute fausse» qu'on a vu dans la campagne de pub pour le métier-sacerdoce: l'infirmière par vocation, «la jeune et jolie infimière pédiatrique blonde et radieuse au merveilleux sourire encourageant». Mais il y a aussi le côté gris, le stress, la fatigue, les horaires, les soins en série, le cloisonnement entre les diverses professions et spécialités (para)médicales. Bref, le métier qu'on adore et qu'on déteste tout à la fois.

Chantal Vanderborght tient régulièrement une rubrique santé dans le magazine Flair. N'hésitez pas à lui communiquer les informations qu'elle pourrait relayer auprès de ses lectrices.

APES 10 ANS

# La collection «Méthodes au Service de l'Education pour la Santé»

Grâce à la revue Education-Santé, vous avez eu l'occasion de découvrir notre collection «Méthodes au Service de l'Education pour la Santé».

Chaque brochure de cette collection est consacrée à une méthode particulière utilisée en éducation pour la santé.

Nous veillons à présenter chaque méthode dans un contexte théorique, à en développer l'utilité en éducation pour la santé, à la concrétiser par des exemples d'application et à proposer des références pour le lecteur qui désire approfondir le sujet.

Cette collection est un vecteur d'information qui complète ou précède nos interventions de conseil méthodologique.

Elle se propose comme un élément de réponse à notre objectif de rapprocher acteurs du terrain et acteurs de la recherche.

Chaque numéro représente un effort d'opérationnalisation des connaissances pour les transformer en outils de réflexion, de gestion et d'action.

Jusqu'ici, ce sont les membres de la Cellule de conseil en méthodologie de l'A.P.E.S. qui rédigent ces documents et vous présentent une méthodologie qu'ils ont mise au point ou approfondie personnellement au cours de leur travail.

Selon les numéros, une collaboration plus ou moins grande s'établit entre l'auteur et l'A.P.E.S., sous forme de relecture, conseils et propositions de notre part, pour adapter le texte aux besoins des lecteurs.

A ce jour, huit numéros sont disponibles :

**NUMERO 1**

**Analyse pour l'utilisation du vidéogramme éducatif**

*Jean DONNAY et Dominique ERNST, Département Education et Technologie, Facultés Universitaires Notre-Dame de la Paix à Namur.*

Ce premier numéro vous propose une démarche structurée d'analyse des vidéogrammes d'éducation pour la santé, qui part de votre projet. A chaque étape, il vous propose de confronter les caractéristiques du vidéogramme avec les caractéristiques de votre projet. Au fur et à mesure de l'analyse, vous préparez l'utilisation du vidéogramme en fonction des lacunes identifiées dans le document.

**NUMERO 2**

**La présentation des textes de brochures**

*Dieudonné LECLERCQ, Centre d'Enseignement et de Recherche pour l'Education et la Santé, Service de Technologie de l'Education, Université de Liège.*

D'une manière très concrète, ce numéro vous propose sept conseils pour rendre vos messages écrits compréhensibles par le public que vous visez.

Chaque conseil est détaillé et abondamment illustré d'exemples afin de vous aider à acquérir cette capacité à écrire «lisiblement».

**NUMERO 3**

**Une proposition de dialogue, guide pratique sur l'entretien semi-dirigé en éducation pour la santé**

*Françoise HENDRICKX et Danielle PIETTE, Unité de Promotion et d'Education Santé, Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles.*

Ce numéro vous propose de perfectionner une méthode que vous utilisez probablement de façon naturelle : l'entretien, le dialogue avec votre public.

Il en élargit les utilisations possibles, en précise la portée et fournit divers conseils sur la manière de préparer et mener l'entretien.

**NUMERO 4**

**Pour un fonctionnement efficace des groupes d'action : l'organisation et la regulation des systemes educatifs**

*Albert SCHLEIPER et Michèle HAP, Centre Universitaire de Charleroi.*

Ce numéro met à notre portée une analyse simple de l'organisation d'un groupe d'action et des procédés pour en évaluer, améliorer et





incomplet pour refléter le sens de l'intervention, nous le mettons à votre disposition chez nous car il peut receler néanmoins des descriptions ou des outils qui peuvent vous être utiles à un moment ou l'autre de votre projet (une liste d'objectifs, un questionnaire, une analyse de vidéos, etc.).

Lorsqu'un projet nous paraît présenter suffisamment le contexte, le travail et ses résultats, nous avons prévu de le relier, le reproduire et le diffuser au prix coûtant, à la demande.
On pourrait considérer les rapports existants comme des rapports d'activité justificatifs, destinés uniquement à l'A.P.E.S.

Mais nous avons la certitude du contraire et d'ores et déjà nous vous annonçons la publication prochaine d'une première série de rapports d'intervention, notamment:

DECCACHE, A., Rapport d'accompagnement méthodologique de l'évaluation de la campagne de prévention des intoxications au monoxyde de carbone (Centre Antipoisons), Bruxelles, R.E.S.O., 1988, 11 p. + annexes.

HAP, M., SCHLEIPER, A., Evaluation de l'action de la Ligue Cardiologique Belge auprès de ses affiliés et de l'impact de la Semaine du Coeur 1984, Charleroi, C.U.N.I.C., 1985, 123 p.

PIETTE, D., MOULIN, M., Evaluation d'une recherche-action en santé alimentaire à l'école réalisée par l'équipe I.M.S. de l'I.O.S.B.W. (Intercommunale des Oeuvres Sociales du Branbant Wallon), Bruxelles Centre de Diffusion de la Culture Sanitaire, 1985, 53 p.

ERNST, D., DONNAY, J., Appréciation de vidéogrammes d'éducation pour la santé, Département Education et Technologie, F.N.D.P., Namur, 1991.

MIERMANS M.C., CASMAN M.T., Evaluation des modes d'utilisation et des effets d'un vidéogramme d'éducation sexuelle et affective auprès d'enfants de 11-12 ans, Liège, CERES, 1985, 108 p. + annexes.

Nous sommes convaincus que ces descriptions d'expériences, d'outils et surtout de démarches vous donneront l'occasion d'une prise de connaissance et d'une réflexion enrichissante.

## 2. Les fiches de synthèse

Pour vous aider à savoir si un rapport vous intéresse et s'il vaut la peine que vous le consultiez, nous avons relu et synthétisé chaque document selon une grille commune. Ce travail avait été commencé par les membres de la Cellule eux-mêmes qui synthétisaient en deux pages leur propre intervention; nous l'avons prolongé et harmonisé.

Une fiche de synthèse se présente sur une double page: la première page reprend des indications plutôt techniques et formelles; la seconde page est un résumé du contenu.

La première page reprend:

- le **titre** de l'intervention;
- le **numéro** du contrat passé avec le membre de la Cellule pour l'exécution du travail d'intervention;
- la **période** où s'est déroulée l'intervention;
- le **budget** qui y a été consacré;
- **l'organisme promoteur** du projet et demandeur de l'intervention (nom, adresse et téléphone);
- le nom du **centre universitaire** qui est intervenu;
- la **référence bibliographique** du rapport dont l'auteur vous indiquera quel chercheur précisément est intervenu;
- le moyen **d'obtenir** le rapport: soit il est en consultation, soit il est diffusé chez nous;
- le **résumé**, qui vous signale les différentes parties qui constituent le rapport, le type d'information que vous pouvez y trouver (résumé de type **«indicatif»**).

La seconde page consiste en une brève analyse du contenu du rapport. Elle ne suit pas le plan du rapport mais adopte la structure suivante:

1. **Problématique:** le contexte de la demande est décrit, le projet est brièvement présenté.

2. **Méthodologie:** les méthodes employées par le chercheur membre de la Cellule de conseil en méthodologie, pour mener à bien son conseil méthodologique, sont résumées.

3. **Résultats** et conclusions: les résultats du travail commun sont présentés: les résultats du projet et l'apport de l'intervention sont distingués quand c'est possible. Cette rubrique contient selon les cas un résumé des actions entreprises, des évaluations menées, des outils élaborés ainsi que les avis sur l'intervention elle-même.

4. **Références:** cette rubrique doit vous permettre de trouver des ressources pour approfondir le sujet et en particulier, les divers documents qui auraient été produits par les chercheurs ou les promoteurs du projet après l'intervention, et qui ne seraient donc pas mentionnés dans le rapport.

Cette seconde page est un résumé «sélectif» qui modifie l'équilibre du texte du rapport pour mettre en évidence ce qui nous intéresse, du point de vue de l'aide méthodologique.

Vous pouvez voir au verso un projet de fiche de synthèse.
Nous comptons éditer l'ensemble des fiches sous forme d'un répertoire des interventions de la Cellule de conseil en méthodologie de l'A.P.E.S.

## 3. Le fichier informatique

Il reste à savoir quelles fiches vous devez lire. Pour vous guider dans le dédale des informations disponibles, nous les avons décrites selon une série de critères, à l'aide de termes

standardisés, des mots-clés.
Les critères selon lesquels chaque fiche (et donc chaque rapport) est décrite sont ceux-ci:

- le **public** auquel s'adresse le projet (ex: adolescent, immigré);
- le **milieu** dans lequel il se déroule (ex: quartier, hôpital);
- le **thème** abordé s'il y a lieu (ex: périnatalité, sommeil);
- les **moyens** mis en oeuvre par le projet et pour lesquels une aide est demandée (ex: soirée d'information, affiche);
- la **région** où cela se déroule;
- les **objectifs** de l'intervention (ex: aide à évaluer du matériel éducatif);
- les **moyens** utilisés pour l'intervention (ex: expérimentation de matériel, réunion de réflexion);
- les centres universitaires **conseillers.**

Ces descriptions sont informatisées et devront vous permettre de retrouver les fiches de synthèse qui peuvent vous intéresser, soit par des index écrits à consulter, soit en interaction avec l'ordinateur.

Ce travail d'index est en cours actuellement.

## 4. L'accès aux documents

Pour permettre un accès plus facile à nos documents, nous collaborons actuellement avec l'équipe du Réseau des Enseignements en Santé Ouverts aux adultes (R.E.S.O.-U.C.L.) afin d'intégrer notre documentation dans la base de donnée DOCTES à laquelle tous les éducateurs pour la santé auront un accès aisé.

Nous considérons qu'il relève de nos missions de rendre l'information méthodologique utilisable par les acteurs du terrain.
Cette étape de «digestion» des informations exige un temps de travail que nous estimons nécessaire de consacrer afin de pouvoir vous orienter vers les ressources méthodologiques adaptées à votre demande, à votre projet.

**Claudine Kefer**, Apes

(contrat 83.01) CELLULE INTERUNIVERSITAIRE DE CONSEILS EN METHODOLOGIE

**Evaluation de l'action de la Ligue Cardiologique Belge auprès de ses affiliés et de l'impact de la semaine du coeur 1984**

**CONTRAT N° 83.01 PERIODE : 1983-1984 BUDGET : 150.000 FB**

**ORGANISME PROMOTEUR**
Ligue Cardiologique Belge (L.C.B.)
Rue des Champs Elysées, 43 - 1050 Bruxelles
Tél. : 02/649.85.37

**UNIVERSITE-CONSEIL**
Centre Universitaire de Charleroi (C.U.N.I.C.)

**RAPPORT**
HAP, M., SCHLEIPER, A., Evaluation de l'action de la Ligue Cardiologique Belge auprès de ses affiliés et de l'impact de la Semaine du Coeur 1984, Charleroi, C.U.N.I.C., 1985, 123 p.

**OBTENTION**
Edition A.P.E.S. ?

**RESUME**
Présentation des objectifs, des méthodes et des résultats d'une enquête auprès des membres de la Ligue Cardiologique Belge et de l'impact de la Semaine du Coeur 1984 sur le thème «Mangez sain, mangez bien».

**1. PROBLEMATIQUE**
La Ligue Cardiologique Belge vise à sensibiliser la population la plus large possible aux problèmes des maladies cardio-vasculaires et à leur prévention.
Ses principaux moyens d'action sont : pour ses affiliés, un bulletin trimestriel d'information et un centre de dépistage gratuit; pour le grand public, une «Semaine du Coeur» annuelle.
En 1984, le thème de l'alimentation fut traité par divers moyens : brochure «Mangez sain ... mangez bien», stands d'information dans les villes, repas-santé dans les restaurants GB-INNO-BM et information par les médias.
La demande adressée à l'A.P.E.S. consiste à savoir quel est le public touché par la Ligue et quels sont les effets des diverses actions menées.

**2. METHODOLOGIE**
L'action auprès des affiliés est évaluée par l'envoi postal d'un questionnaire à 400 personnes tirées au hasard dans le fichier des membres.
L'impact de la «Semaine du Coeur» est étudié à partir du recensement des demandes écrites d'information suscitées par l'action, des observations journalières enregistrées par les responsables des stands d'information, des chiffres de vente des repas-santé dans chaque restaurant.
Les données recueillies ont été analysées tant du point de vue qualitatif que quantitatif.

**3. RESULTATS ET CONCLUSIONS**

- C'est dans la région bruxelloise que s'observe la plus forte proportion de membres de la Ligue Cardiologique Belge.
  L'affilié-type a plus de 40 ans, son niveau socio-culturel est supérieur à la moyenne belge et, souvent, il possède une expérience familiale des problèmes cardio-vasculaires.
- Grâce à son bulletin, la Ligue Cardiologique Belge est un bon canal d'information pour ses membres et elle contribue à développer chez ceux-ci une attitude active à l'égard de leur propre santé.
- Les résultats de la «Semaine du Coeur» montrent que parler du rapport santé-alimentation peut élargir le public de la Ligue Cardiologique Belge, surtout si «le plaisir de manger sain» est mis davantage en évidence.
- La presse écrite et la télévision sont des moyens de diffusion très efficaces.
- L'impact des stands d'information et de la promotion «repas-santé» pourrait encore être accru en améliorant la visibilité de ces actions.

**4. REFERENCES**





Je fais donc la folle hypothèse que la prévention risque d'être cancérigène et «infarctogène». Aucune étude en «double aveugle» n'a été faite pour la vérifier. C'est connu, on préfère vérifier nos aveugles certitudes.

D'autres effets pervers sont bien connus: le jeune qui touche à l'héro pour braver l'interdit, tel homme de 40 ans foudroyé d'un infarctus une semaine après son arrêt de fumer, tel autre se laissant dépérir suite à un régime draconien qu'il s'est imposé pour réduire son cholestérol...
On peut aussi se poser la question de la qualité de la vie des amputés divers, et par exemple, de ces femmes hystérectomisées à trente ans pour métrorragies, sans cancer évolutif prouvé et sous prétexte qu'ainsi elles ne feront pas le cancer: est-il possible de vivre sans risque?

On sait aussi que le risque est source de jouissance; et sans jouissance, que de la survie !

## La prévention: une morale?

A l'aube du 21ème siècle, on peut dire que dans les pays riches, le plus vieux mythe de l'humanité est quasi réalisé: le paradis terrestre est à notre portée, il n'est plus nécessaire de travailler pour manger.

Au même moment, les religions ont considérablement reculé, plus besoin de croire au bonheur dans l'au-delà, puisque la pub vous le garantit ici, tout de suite, avec une simple carte de crédit. La médecine a suivi. Elle est elle-même devenue une sorte de religion: ses mythes (le bonheur par la santé), ses croyances (la science), ses prêtres (les blouses blanches), ses temples (...), sa morale (la prévention), ses actions (la maladie, voir la mort).
Ainsi donc la prévention est devenue une morale: «Docteur, je dois vous avouer que je fume», et le cabinet du médecin un confessionnal... Une différence cependant, et de taille: les religions promettent une vie après la mort, la médecine la vie sans la mort. Les premières se trompent peut-être, la deuxième se trompe sûrement.

La science nous rendrait-elle doublement aveugle?

## Quelques pistes...

Collaborer à un tel projet me semble éthiquement inacceptable. Pourtant, la prévention n'est pas que cela et reste indispensable. Mais, il est urgent d'en définir les objectifs pour éviter les égarements.

1. La prévention doit coller au modèle de santé que nous défendons: refusant le réductionnisme techniciste, pour définir un modèle où toutes les dimensions sont prises en compte, le malade restant un sujet (je suis), et non un objet, vivant et donc mortel.

2. Refusant toute forme de matraquage normatif de la population, nous avons par contre à informer le plus objectivement possible ceux qui nous font confiance, tout en respectant leur droit à se nuire à eux-mêmes.

3. En matière de Santé Publique, notre rôle est de dénoncer la démission des politiques: la santé publique a d'abord pour objet de s'occuper des risques publics et donc de conseiller les politiques sur les mesures à prendre pour protéger la population: elle n'a pas à se mêler de la vie des individus. Dénoncer la misère, l'isolement, le chômage est peut-être plus urgent, en matière de santé, que de faire de l'éducation à l'auto-examen du sein.

Mais je n'ai pas répondu à la question: «Prévenir vaut-il toujours mieux que guérir?»

Parfois, certainement, mais pas n'importe comment.

Mais, si l'on accepte l'idée que la maladie est aussi une parole, qu'elle a un sens et qu'elle peut être l'occasion d'un arrêt et d'un nouveau départ de vie, alors la prévention perd son sens pour devenir une force de mort.

Gageons alors qu'elle n'atteindra jamais son objectif...

**Olivier Mariage**, médecin généraliste membre du Bureau de la Fédération des Maisons Médicales




*L'auteur, qui travaille à la Maison Médicale de Tournai depuis 1981, s'est attaché à développer une approche psychosociale de la santé et à alimenter une réflexion éthique et politique sur les aspects trop technicistes de la médecine d'aujourd'hui. Il est fondateur, avec d'autres soignants à travers l'Europe, de l'Ecole Européenne Dispersée de Santé. Une publication sur ce sujet est disponible auprès de Nadine Vandenbroeck, Chemin d'Ere 9, 7500 Tournai, tél.: 069/22.60.93 ou 87.*

ndlr : l'auteur n'est pas responsable de l'illustration!




# La prévention, une morale ?

*Nous publions cet article avec l'autorisation du «Courrier de la Fédération des Maisons Médicales» n° 52, 06/90*

## «Prévenir vaut-il toujours mieux que guérir?»

«Dépister» les sujets «à risques», élaborer des «stratégies» pour mener des «campagnes» de prévention envers les populations «cibles» dans le but de les amener à modifier leurs comportements...

Le ton est donné. Vocabulaire quelque peu inquiétant, réservé d'habitude aux militaires... La guerre est déclarée à la maladie (aux malades?) au nom de la Santé; et comme la médecine, hier convaincue qu'elle arriverait à vaincre la maladie (la mort?), s'aperçoit qu'elle n'y arrivera guère en se contentant de soigner (guérir) les maladies, elle change de stratégie: le coupable, c'est le malade et ses comportements irrationnels.

Facile et efficace: sachant bien que l'homo «sapiens» restera toujours un peu «délirans», et que donc la rationalisation absolue des comportements est tout simplement impossible (et tant mieux...); on ne pourra plus accuser la médecine d'impuissance: «si vous êtes malade, c'est de votre faute, on vous l'a assez dit». La médecine se met ainsi dans une curieuse position de pouvoir absolu, édictant la morale au nom de la science.

A gauche comme à droite, chez les allopathes, les homéopathes et ulcéropathes de tous bords, tout le monde est d'accord: mieux vaut prévenir que guérir.

Logique et incontournable.

Mais voilà, la bête humaine n'est pas un soft informatique: le désir est là, insaisissable et imprévisible, destructeur parfois. Est-ce notre rôle que de vouloir le dompter?

## Prévention: une science?

Restons-en à la science pour l'instant.

La prévention, telle qu'elle est envisagée pour l'instant, est-elle scientifique?

Quelques observations: curieusement, quand on parle des facteurs de risques, il s'agit quasi toujours des mêmes: tabac, alcool, toxico, homosexuels, graisses, stress, ...

Mais il y en a d'autres qu'on tait: chômage, racisme, famille, automobile, télé, pollution, ...

Peut-on appeler scientifique une approche d'un problème qui exclut délibérément certains facteurs dérangeant l'ordre établi?

Cela repose le problème du modèle techniciste réducteur de la santé: la médecine technicienne est-elle réellement scientifique?

Et la médecine n'est-elle qu'une science?

Santé Publique au singulier.

Derrière cette déviance de la prévention et de la médecine se profile autre chose: que devient la Santé Publique? Revenons aux facteurs de risques: ceux dont on parle concernent très souvent la responsabilité des individus. Comment se fait-il qu'on taise si souvent ceux qui relèvent du pouvoir politique?

Il est visiblement plus commode de financer des campagnes antitabac que d'interdire la publicité, de réprimer les excès de vitesse que d'interdire les grosses cylindrées, de condamner les mangeurs de frites que de les évincer des cantines scolaires ou restaurants universitaires...

Sur ces questions, politiques et médecins s'entendent bien pour renforcer leur pouvoir tout en fuyant leurs responsabilités: malade responsable ou coupable?

Une autre raison évidente: c'est la raison économique. Valeur suprême, autel de tous nos sacrifices, l'économie de croissance implique qu'on ne touche pas à tout ce qui fait tourner la machine: la pub est devenue une nécessité, et les handicapés de la route font la fortune de certains.

## Objectifs et effets pervers

La prévention est supposée améliorer l'état de santé de la population. Est-ce bien le cas?

«Mieux vaut savoir qu'on est en bonne santé qu'ignorer qu'on est malade» (slogan Examen de Santé).

Est-ce bien certain?

Un sociologue, dont j'ai oublié le nom, écrivait: «La Santé, on l'a quand on n'y pense pas».
La distorsion se situe probablement au niveau de la définition de la santé: celle du médecin et celle du patient.

Comment, dès lors, la prévention pourrait-elle atteindre son objectif si les deux protagonistes ne parlent pas le même langage? Et, il est probable que seul le malade sait ce qu'est la santé pour lui, bien mieux que le médecin.

On peut, par ailleurs se poser la question de l'impact du matraquage de la prévention: venant d'une médecine niant la mort dans le but de rassurer, elle renforce la peur de la mort. Une forme de stress en plus. Or le stress est un facteur de risque.





# L'A.P.E.S. assistance

### Notre objectif

Aider les intervenants en éducation pour la santé issus du secteur sanitaire, éducatif, social ou socio-culturel à concevoir, réaliser et évaluer leurs projets, selon leurs besoins, selon leurs ressources, afin que les projets entrepris soient utiles et de qualité.

### Notre philosophie d'action

- Faire de l'accompagnement méthodologique une occasion de progression, d'apprentissage, de formation en vue d'une autonomie accrue des intervenants dans la gestion de leur projet.
En aucun cas, nous ne nous substituons aux intervenants eux-mêmes dans leur travail de terrain.
- Accompagner des projets qui veillent à développer l'autonomie et la participation des individus et des collectivités dans la gestion de la santé.
- Mettre la priorité à l'accompagnement de projets novateurs dans les méthodes utilisées, porteurs de collaborations entre institutions, soucieux de participation communautaire.

### Concrètement

Toute personne ou toute association qui réalise ou qui désire réaliser des actions d'éducation pour la santé peut faire appel à nous par téléphone, par lettre, par contact direct ou par tout autre moyen. Les conseils peuvent porter sur une, plusieurs ou toutes les étapes d'un programme d'action : analyse, conception, préparation, réalisation et évaluation.

De quelle façon pouvons-vous vous aider ?

- Vous aider à ***clarifier et rédiger votre projet*** en vue d'une demande de subvention au Ministre de la Santé de la Communauté française.

- Vous ***apporter un conseil méthodologique*** direct, soit par téléphone, soit par écrit, soit lors d'une rencontre. Plus vous vous adressez tôt à nous dans la conception du projet et plus les informations que vous fournissez sont complètes, mieux nous pouvons vous aider à faire de bons choix. Cette aide est totalement ***gratuite*** grâce au soutien de la Communauté française de Belgique. Etant donné nos moyens humains, ce type d'aide ne dépasse pas 5 réunions de travail.

- Vous ***mettre en contact avec un membre de notre Cellule scientifique interuniversitaire*** de conseil en méthodologie. Nos experts sont des spécialistes des sciences humaines et des sciences de la santé de nos universités. Nous assurons la coordination et l'animation de cette Cellule. La liste des experts figure dans l'encart ci-joint.

- Vous ***mettre en contact avec un membre de votre Commission locale de Coordination*** si ce type de collaboration nous paraît plus adéquat à vos besoins.

Si vous souhaitez une collaboration plus complète ou de plus longue durée avec l'A.P.E.S., nous vous proposons une ***intervention méthodologique***, dans le cadre du budget de votre programme.

Une rencontre avec un membre de l'A.P.E.S. ou un expert de la Cellule interuniversitaire permet de préciser les modalités du chemin méthodologique à parcourir ensemble (objectifs, planification, durée, ...).

En 1990, nous avons collaboré à une quarantaine de projets sur des thématiques très différentes. Les quelques exemples suivants reflètent la diversité des contenus : prévention des accidents domestiques avec Educa-Santé, avec la Ligue des Familles de Liège; hygiène bucco-dentaire avec Jeunesse et Santé des Mutualités Chrétiennes de Liège; produits de santé et médicaments (avec la régionale de Liège de Femme Action Militanstisme (F.A.M.) des Femmes Prévoyantes Socialistes), l'évaluation de l'utilisation de la carte de posologie mise au point par l'Association Pharmaceutique Belge, et accompagnement de la réalisation d'un programme de dédramatisation du séjour de l'enfant à l'hôpital en collaboration avec le Service Education pour la Santé de Huy.

Les contextes dans lesquels s'insèrent les projets accompagnés sont également très diversifiés : le milieu scolaire et aussi les classes vertes, le milieu de travail (Ressources Santé) ou de réinsertion professionnelle (Echafaudage), le troisième âge (Croix Jaune et Blanche de Namur), les centres de vacances pour enfants (Jeunesse et Santé de Liège) , la commune via son Centre d'Information Sanitaire (C.I.S. de Ans), les groupes de base d'un mouvement d'éducation permanente (F.P.S.).

**A l'A.P.E.S., les jours se suivent mais ne se ressemblent pas !**

**Marie-Christine Miermans**

## La cellule de conseil en méthodologie

**Centre Universitaire de Charleroi**
- Albert SCHLEIPER, Michèle HAP
  *Département Santé*

**Facultés Universitaires Notre Dame de la Paix à Namur**
- Michel MERCIER, Jacqueline DELVILLE
  *Département de Psychologie de la Faculté de Médecine*
- Jean DONNAY, Dominique ERNST
  *Département Education et Technologie*

**Universite Catholique de Louvain**
- André NOEL, Collette SCHOONBROODT
  *Groupes d'Etudes d'Education à la Santé*
  *Unité de Médecine Scolaire*
  *Ecole de Santé Publique*
- Alain DECCACHE, Philippe PARMENTIER
  *Réseau des Enseignements en Santé Ouverts aux Adultes*
  *Faculté de Médecine*

**Université Libre de Bruxelles**
- Danielle PIETTE, Marianne PREVOST
  *Unité de Promotion et d'Education pour la Santé*
  *Ecole de Santé Publique*

**Université de Liège**
- Gilberte REGINSTER-HANEUSE, Christiane GOSSET
  *Institut d'Hygiène et de Médecine Sociale,*
  *Centre d'Enseignement et de Recherche pour l'Education et la Santé*
- Dieudonné LECLERCQ, Claudine KEFER
  *Service de Technologie de l'Education.*
  *Centre d'Enseignement et de Recherche pour l'Education et la Santé*

# La parole à nos partenaires du terrain

*En vue de préciser concrètement le type d'aide apporté par l'A.P.E.S., nous avons demandé à trois de nos partenaires actuels de décrire comment l'accompagnement méthodologique s'était déroulé au sein de leur projet et les bénéfices qu'ils en avaient retirés.*

*Nous leur cédons la parole.*

## EDUCA-SANTE

*Martine BANTUELLE, d'EDUCA-SANTE nous parle de la conception du projet R.A.S. (Réseau d'Actions Sécurité).*

Il y a plus de 2 ans, sept organismes (Croix-Rouge, O.N.E., Promocoop, I.E.I.A.S., Question-Santé, Centre Antipoisons, Educa-Santé) se sont associés dans une réflexion sur la coordination d'un programme de prévention des accidents domestiques.

Ils ont fait le choix de consacrer une grande partie de leurs efforts et de leurs activités à ce thème.

Dans un premier temps, ils ont échangé, afin de connaître plus en profondeur les objectifs, les moyens et les réalisations de chacun.

Ils ont mis en commun leurs informations et, dans un processus d'auto-formation, ils se sont appropriés des connaissances, des théories et des techniques.

Pas à pas, la cohésion du groupe s'est renforcée et l'harmonisation des démarches de chacun a mené vers une stratégie commune.

A ce stade, une évidence s'est imposée : la mise en place d'un projet coordonné, étendu à la Communauté française, d'une durée de 4 à 5 ans.

Un souci : faire plus et mieux.
Des questions se sont posées :
- Comment s'intégreront les partenaires dans ce projet commun ?
- Quel sera le degré d'adhésion aux objectifs à poursuivre ?
- Comment définir les démarches et les méthodes adaptées aux publics-cibles, acceptables et réalisables ?
- Comment s'articuleront les activités de chacun afin d'aboutir à une véritable synergie ?
- Comment utiliser les compétences et les expériences pour construire le projet (auto-évaluation) ?
- Comment étendre le programme à l'ensemble de la Communauté française et comment en assurer le suivi et la coordination ?

Très rapidement, un huitième partenaire s'est avéré indispensable : celui qui fera jaillir la spécificité de la démarche, qui harmonisera action et recherche, décision et conclusion, moyen et méthode, activité et reproductibilité, local et Communautaire.

L'A.P.E.S. a relevé le défi, alliant les exigences d'une démarche rigoureuse à la richesse de la situation naturelle.

Aujourd'hui, un projet coordonné de prévention des accidents domestiques appelé R.A.S. (Réseau d'Actions Sécurité) est au point et fera l'objet d'une subvention du Mi-





Je tiens à souligner le rôle déterminant joué par le Dr E. Mintiens dans le développement et l'amélioration de l'éducation pour la Santé en Communauté française: il a largement contribué à diffuser les services offerts par l'APES et nous l'en remercions très chaleureusement à l'occasion de cet anniversaire.

Le conseil en méthodologie répondait certainement à un besoin mais ce besoin était rarement perçu et ne se traduisait pas souvent par l'expression d'une demande. Que dire de l'évaluation ? Généralement, source de méfiance et d'inquiétude, elle était fréquemment ressentie comme un outil de contrôle budgétaire ou une «mauvaise note» potentielle risquant de jeter un discrédit sur les intentions les plus généreuses. L'image positive de l'évaluation n'a pas encore acquis aujourd'hui toute sa légitimité en termes de contrôle de qualité, de remédiation, d'interrogation loyale et constructive sur les processus ou les résultats.

L'APES s'était fixé, au départ, une ligne de conduite: travailler avec des partenaires et non pas à leur place; ce principe nous paraissait un garant de concertation et d'apprentissage beaucoup plus gratifiant et plus fertile pour les deux parties.

L'éducation pour la santé est, à mon sens, un problème de créativité sans cesse renouvelée. Clair Turner écrivait, en 1951, dans son «mémento d'éducation pour la Santé», plein d'enseignements et d'idées, que ... «c'est là certes un programme ambitieux, souvent difficile à réaliser. Du moins n'est-ce jamais une activité qui risque de devenir monotone».

Bien du chemin reste à faire et je voudrais conclure en parodiant Umberto Eco, dans l'Apostille au Nom de la Rose: je ne suis pas en train de dire comment nous avons résolu nos problèmes mais comment nous nous les sommes posés.

**G. Reginster-Haneuse,** Présidente de l'Apes

# Le VIIème Grand Prix francophone d'éducation pour la santé

Connaissez-vous le GRAND PRIX FRANCOPHONE D'EDUCATION POUR LA SANTE?

NON ! Pourtant il vous concerne !

Ce grand prix récompense des actions originales d'éducation pour la santé réalisées par des acteurs de terrain. Il vise à les faire connaître et à promouvoir ainsi la qualité méthodologique des programmes d'éducation pour la santé.

Créé en 1980 par un groupe de pédiatres lyonnais et soutenu par le Comité français d'Education pour la Santé, ce prix n'est en fait devenu international que depuis cette année grâce au soutien d'une fondation privée. Malheureusement la Communauté française de Belgique n'a pas été sollicitée cette année pour participer à ce concours. Nous voulons corriger cet oubli et, dès à présent, vous faire connaître le grand prix, sa philosophie et les lauréats de cette année en espérant pouvoir vous annoncer en temps utile le VIIIème prix et vous inciter à vous y présenter.

C'est comme membre du jury que l'A.P.E.S. était présente cette année à Lyon. Nous avons pu y découvrir une formule originale qui répond parfaitement à notre souci de promouvoir la qualité des programmes.

La formation, le statut professionnel, les moyens mis en oeuvre, le thème abordé NE SONT PAS DES CRITERES. Toute action même modeste a sa chance.

Les CRITERES tiennent à la démarche:
- la définition d'objectifs préalables à partir des besoins de la population cible;
- la pertinence des stratégies;
- la méthode d'évaluation et ses résultats;
- la multidisciplinarité des acteurs;
- le caractère innovateur globalement ou pour certaines étapes du déroulement.

Parmi les trente candidats au Grand Prix, le jury a remis deux premiers prix ex-aequo à des programmes remarquables :

* Andrée DEMERS et Lise RENAUD, pour l'action **«MENUS plein d'entrain»**, en collaboration avec le Département de Santé Communautaire de l'Hôpital Général de MONTREAL-QUEBEC.

Ce projet vise à promouvoir dans quelques restaurants privés du centre ville montréalais des menus réduits en matière grasse et d'évaluer la faisabilité et l'éventuel élargissement de ce type d'intervention.

* Dominique ARCUCCI-PONCHET et Annie LALLEMAND, pour l'action **«Croque à l'école»**, en collaboration avec le Comité Départemental d'Education pour la Santé des Alpes-Maritimes (C.O.D.E.S.).

Ce projet intègre l'éducation nutritionnelle dans tous les lieux et moments d'une école maternelle : le petit déjeuner, les moments éducatifs (activités psycho-motrices, sensorielles, créatives,...), le repas de midi. Il fait participer la communauté éducative : direction, enseignants, parents, personnels de service, organisation d'éducation pour la santé, ... enfants.

Deux mentions spéciales du Jury sont encore à signaler :
- Madame JOFFRION, pour la réalisation d'un film-vidéo sur la sensorialité foetale et néonatale. «A la découverte du nouveau-né» en collaboration avec les Mutuelles de Loire-Atlantiques.
- Madame KIBLEUR, pour la réalisation d'une animation vidéo sur le thème de la grossesse dans le cadre d'un cours de biologie au Lycée Carcado Soisseval de PARIS.

**Alors ! Un projet belge primé au VIIIème grand prix francophone ?**

ou sur l'adéquation des méthodes d'action, support scientifique lors de conférences, de rédaction de brochures, encadrement de projets, évaluation de campagnes ou de séances d'information.

Cette année, la Province de Liège s'est engagée à soutenir officiellement le programme «Liège-Santé», et son Observatoire de santé collaborera avec l'Université à une enquête de besoins au sein de la population liégeoise.

Il est bien sûr impensable que les municipalités puissent seules faire face aux réalités qui émergent des changements rapides de notre société et qui ont une incidence sur la santé.

Néanmoins, la contribution de ces municipalités à la qualité de vie des citoyens via leurs activités de promotion de la Santé en fait des acteurs non négligeables dans la poursuite des objectifs de la Santé pour Tous. Le succès et l'ampleur du mouvement «Ville-Santé» en est la preuve.

**Dr C. Gosset**, Institut d'Hygiène et de Médecine Sociale, Université de Liège.




# L'A.P.E.S., le hasard ou la nécessité?

Ce dilemme existentiel est plus clair à résoudre pour l'APES que pour Jacques Monod.

La naissance de l'APES était, sinon attendue, du moins préparée par un mouvement de plus en plus volontariste, désireux de donner à l'éducation pour la santé en Belgique un statut social et scientifique.
En 1967 déjà, le Collège consultatif de la Médecine Sociale du Ministère de la Santé publique avait réuni un petit groupe de travail: la mission principale qui lui était confiée consistait à établir un inventaire des initiatives officielles, semi-officielles et privées dans le domaine de l'éducation sanitaire. En 1968, les conclusions du groupe de travail introduisaient des recommandations portant sur la coordination, l'économie et l'efficacité ...!
Le souci du Ministère de la Santé publique d'assurer à l'éducation sanitaire une caution scientifique s'est manifesté concrètement en 1971 en installant un Conseil scientifique auprès de la Croix-Rouge de Belgique dans le cadre de la convention qui lui octroyait 5 millions de francs, le budget le plus considérable jamais accordé dans ce domaine, pour développer et organiser l'éducation pour la santé en réservant une priorité au milieu scolaire.

En novembre 1978, le Directeur général de l'Administration de la médecine sociale, le Dr G. Claus, invite un groupe de «personnes compétentes dans le domaine de l'éducation sanitaire» pour recueillir leur avis sur «la structuration de l'éducation sanitaire». Nous trouvons le Dr E. Mintiens au secrétariat de ce groupe de travail.

Dans son discours d'introduction, le Dr Claus rappelle le développement important de l'éducation sanitaire au cours des trois années précédentes en raison de «la prise de conscience de l'importance de ce domaine».

Notons que la déclaration de l'OMS concernant «la Santé pour Tous en l'an 2000» avait eu lieu en mai 1977 au cours de la 30ème Assemblée mondiale de la Santé et, en 1978, la Conférence d'Alma Ata avait retenu, parmi les moyens d'atteindre cet objectif, la prévention en général et l'éducation pour la Santé en particulier. Nous étions donc au coeur de la nouvelle dynamique des soins de santé primaires.

L'Histoire n'étant qu'un éternel recommencement, les mots-clés que nous allons retrouver au cours des 12 années qui vont suivre, nous les relevons dans les regrets et les souhaits exprimés à cette occasion par le Dr Claus: multiplication des initiatives, doutes sur l'efficacité, interrogations sur les priorités, sur les méthodes et les thèmes choisis, harmonisation, coordination, politique d'ensemble, etc.

La plupart des participants de ce groupe de Travail ont remis des propositions où l'on développe la définition d'objectifs, l'analyse des besoins, la participation et la responsabilité individuelle et collective, l'évaluation, l'utilisation des services existants .... bref, les réponses à tous les problèmes mais pas les solutions pour les résoudre!

En 1979, le Dr S. Halter, Secrétaire général du Ministère de la Santé publique, installait un «Comité national belge de Coordination en matière d'Education pour la Santé» (Association de fait), composé de deux sections l'une néerlandophone, l'autre francophone. L'objet du Comité était «assurer la représentation de la Belgique au sein de l'Union internationale d'Education pour la Santé et, à cet effet, de rassembler, en qualité de membres, toutes personnes ou associations dont la vocation est en tout ou en partie de faire de l'éducation pour la santé ou d'y contribuer, en vue de promouvoir et, le cas échéant, de coordonner les actions dans ce domaine.»

C'est de l'aile francophone de ce Comité qu'est issue l'APES. Les statuts d'ASBL ont été publiés dans le Moniteur belge du 4 décembre 1980: ils reprenaient les objectifs du Comité national mais sans aller jusqu'à revendiquer la coordination qui nous paraissait devoir s'inscrire plutôt dans une logique de partenariat volontaire.

Il ne fait pas de doute cependant que le type d'activités et d'outils mis en place par l'APES a contribué à une meilleure information réciproque des institutions, des organismes et des personnes et, dans certains cas, a permis des actions concertées.

Rappelons la création d'un fichier informatisé des organismes actifs en éducation sanitaire et de leurs supports méthodologiques; une cellule interuniversitaire de conseil en méthodologie et en évaluation constituait un lieu de rencontre et de réflexion très enrichissant pour les participants et, de surcroît, une ressource exceptionnelle pour les «bénéficiaires»; les réunions organisées par l'APES offraient à tout intervenant une tribune libre permettant communication et échange.





nistère de la Santé de la Communauté française pour 1991.

Le projet durera jusqu'en 1994 et progressera par étapes : la sensibilisation, les foyers d'actions, la coordination locale et le réseau d'actions sécurité.

Le projet démarre dans les villes visitées par la Maison Géante pour couvrir en 1994 l'ensemble de la Communauté française.

Grâce à l'implication de l'A.P.E.S., une véritable stratégie communautaire de la Prévention des Accidents domestiques est élaborée.

Elle repose sur sept fondements :

1. L'investissement dans le développement d'une stratégie d'intervention étendue à la Communauté française.
2. Le choix d'une stratégie communautaire et locale.
3. La progression par étapes vers un Réseau d'Actions Sécurité.
4. La construction et l'organisation d'un projet coordonné de quatre ans.
5. L'estimation du coût de la stratégie.
6. La mise au point d'un processus d'évaluation interne.
7. L'élaboration d'un système de vigilance à l'échelon local sous forme de Recherche-Action.

Les conditions à cet aboutissement l'implication de l'APES dans la démarche commune, l'écoute active et analytique des réflexions de chaque partenaire, la permanence, la disponibilité et surtout la confiance mutuelle.

Merci à l'APES.

**Martine Bantuelle**
Educa-Santé

# F.A.M.

*La parole est maintenant à Marie-Thérèse BET, animatrice F.A.M. (Formation Action Militantisme, des Femmes Prévoyantes Socialistes) de la région liégeoise. Sa demande à l'A.P.E.S. concerne la mise au point d'un outil d'évaluation (sous forme de pré et post-test) du module «Produits de santé et médicaments». Ce module est destiné aux hommes et femmes de sections locales F.P.S., sous forme de sept séances de réflexion collective. Cette action «médicaments-santé» s'inscrit dans l'action «consommation-santé». Dans ce cadre, la finalité est de rendre les usagers davantage acteurs de leur propre santé au niveau des substances à but préventif ou thérapeutique.*

Le fait de travailler sur l'évaluation du module m'a renvoyé aux objectifs et à la difficulté de les préciser et les évaluer.

C'est intéressant de pouvoir discuter du projet, de la façon d'en parler, de le présenter au public, d'échanger des documents, d'avoir accès à des outils d'évaluation réalisés par d'autres et déjà expérimentés.

Prise de conscience de la difficulté de réaliser un pré- et post-test: communication avec le public, accessibilité par rapport au public visé et en même temps volonté d'être le plus complet possible sans que ce ne soit trop long, trop lourd,... Stimulant de réaliser ce cheminement avec un professionnel de l'évaluation.

Quand l'outil est réalisé, il reste à en faire l'expérimentation; le retour sur l'évaluation par la suite, les réajustements, les remarques, etc. en font un processus en soi.

**Marie-Thérèse Bet,** F.A.M.

# Ligue des familles

*Et pour terminer, Carla SACCOMANO, membre de l'Equipe-Santé de la Ligue des Familles de Liège, et son projet d'évaluation de la Maison Géante à Liège.*

En tant qu'Equipe-Santé de la Ligue des Familles de Liège, nous avons organisé et animé un stand lors du passage de la Maison Géante à Liège. L'objectif était de sensibiliser le public aux multiples risques d'accidents domestiques qu'encourt tout un chacun. Pour ce faire, nous avons réalisé un photolangage et un petit questionnaire. A la fin de cette activité, nous nous sommes retrouvés avec plus de 800 questionnaires remplis. S'est alors posé le problème du traitement de l'ensemble des données.

Nous avons ainsi fait appel à l'A.P.E.S. pour voir si une collaboration, une aide serait possible et si oui lesquelles.

Dès le premier contact, Michel DEMARTEAU nous a assuré que cela était possible et nous a directement mis en relation avec Marie-Christine MIERMANS, responsable du secteur «Aide méthodologique».

Un premier rendez-vous a été pris afin de commencer rapidement le travail.

Durant cette rencontre, après une longue discussion critique, nous avons dégagé les limites et les lacunes de la méthode que notre équipe avait utilisée et proposé des pistes de marche à suivre si une telle animation devait se réaliser de nouveau.

Un premier dépouillement avait été réalisé préalablement à cette rencontre et envoyé à M.-C. MIERMANS. Y figuraient les principaux éléments repris dans les définitions données par les participants. Par un travail rigoureux, systématique et métho-

dique, M.-C. MIERMANS nous a aidés à affiner toutes ces catégories. Nous avons ainsi commencé à concevoir et à élaborer le «manuel de codage». Il était créé au bout d'une semaine.

Le travail de décodage des données figurant sur les enquêtes a pu être réalisé sur base des trois champs préalablement définis :
- le choix des photos et le type d'accident domestique correspondant;
- la définition de l'accident domestique;
- l'identification des personnes.

L'ensemble des données a été encodé en utilisant un programme informatique compatible avec le programme d'analyse statistique de l'A.P.E.S.

Grâce à l'aide et à la collaboration de leur «service informatique» qui a procédé au traitement informatique des données, nous avons obtenu des tableaux de fréquences relatifs aux variables retenues :
- l'ensemble de l'échantillon;
- les hommes et les femmes;
- les plus de 15 ans, les moins ou égal à 15 ans;
- les hommes et les femmes de plus de 15 ans;
- les garçons et les filles de moins ou égal à 15 ans.

Sur base de ces tableaux, nous avons réalisé un dossier reprenant :
- les réserves émises à l'égard de la méthode utilisée et les changements à adopter si une telle acti vité devait se reproduire;
- l'analyse des résultats et des hypothèses;
- des pistes de réflexion et d'action;
- un dossier technique reprenant l'ensemble des tableaux.

Le premier jet a été lu, analysé et critiqué par M.-C. MIERMANS. Bien que nombreuses, ses remarques étaient pertinentes et chaque fois justifiées, expliquées, tant à l'égard du contenu qu'à l'égard de la présentation de certains points.
Ceci nous a montré de manière évidente la volonté de clarifier certains points, de les rendre plus lisibles, d'approfondir certains autres en posant des hypothèses pertinentes, de rendre le plus possible ce travail accessible et utile à un certain nombre de personnes.

Suite à l'ensemble de ces remarques, le dossier a été retravaillé avant d'atteindre sa version finale.

Aussi, nous pouvons dire que nous avons, une fois de plus, pu bénéficier de la compétence, de l'efficacité et de la disponibilité des membres de l'A.P.E.S.

Au départ, nous ne voyions pas comment nous y prendre. Devant une telle quantité d'informations, sans matériel informatique adéquat et sans la compétence méthodologique nécessaire, il nous était impossible d'organiser et de réaliser seuls le traitement de ces données.

C'est à tous ces niveaux que la collaboration avec l'A.P.E.S. a été vraiment efficace. Leur aide méthodologique, basée sur une démarche systématique, rigoureuse et critique, nous a permis d'atteindre notre objectif de départ, de ne pas laisser toutes ces données dormir au fond d'un tiroir, d'analyser, de critiquer et d'évaluer la méthode que nous avions adoptée en vue de ne plus faire les mêmes erreurs, de concevoir, préparer et réaliser le dépouillement des données, d'analyser les résultats et de poser des hypothèses quant aux réalités dégagées, que ce travail puisse être «réussi» c'est-à-dire publié et utilisé pratiquement en émettant des pistes de réflexion et d'actions possibles.

L'apport de l'aide méthodologique ainsi que technique ont été pertinents pour la réalisation de ce travail. Nous avons tiré un bénéfice certain de cette aide et de cette collaboration.

Nous tenons ici à remercier vivement l'équipe de l'A.P.E.S.

**Carla Saccomano**
Equipe-Santé de la Ligue des Familles de Liège

## Form - action

Cette année a vu l'A.P.E.S. s'engager dans trois types de formation assez différentes l'une de l'autre quant au contenu et au public-visé, mais utilisant, dans chacune, la même méthodologie de participation active basée sur une analyse des besoins et demandes des participants. Les séances ont alterné des exposés théoriques illustrés par des exemples, et des travaux individuels ou de groupe.

En janvier, nous avons organisé une formation courte et gratuite de deux jours sur la **rédaction de projets d'éducation pour la santé,** avec la participation de l'administration de la Communauté française de Belgique et de la Cellule permanente. Elle a rassemblé une quinzaine de personnes travaillant dans le secteur de l'éducation pour la santé au sein d'une organisation.

Le contenu était le suivant :
- présentation de la technique de l'A.P.P.R.E.T.;
- analyse de la grille proposée par la cellule permanente en éducation pour la santé pour introduire une demande de subvention.
- approche des règles administratives à respecter dans le cadre de conventions avec la Communauté française;
- conseils de rédaction.

De septembre à décembre, nous avons animé un cycle de six jours **de formation à l'intervention méthodologique** destiné aux commissions locales de coordination (C.L.C.), en réponse à une demande formulée par elles-mêmes en novembre 1989. En utilisant l'A.P.P.R.E.T. comme fil conducteur des six jours, nous voulions communiquer notre expérience de l'aide méthodologique pour donner aux C.L.C. les moyens d'une analyse méthodologique minimale des projets locaux et leur permettre de collaborer avec nous de façon régulière, efficace et pertinente.







10 ANS

## Les «villes santé» de l'OMS

### Historique du projet Villes-Santé O.M.S./Europe.

Jusqu'au début des années 1980, l'éducation sanitaire, dans de nombreux pays, a été essentiellement fondée sur une approche individualisée axée sur la prévention individuelle des risques de santé.

Cette approche est particulièrement inefficace si l'objectif est de modifier le mode de vie d'une collectivité, sur lequel les conditions sociales et la culture dominante de la société ont une influence prépondérante.

Si l'on veut encourager et promouvoir la santé à un niveau suffisamment proche de la population pour que beaucoup se sentent directement concernés, le cadre de la ville offre une possibilité d'action de majeure importance.
En effet, l'unité administrative que représente la ville possède à la fois le mandat et l'autorité pour concevoir et mettre en pratique une approche «multi-dimensionnelle» de la santé.

Les objectifs principaux du projet Villes-Santé visent à placer la santé publique comme une priorité à l'ordre du jour municipal et d'intégrer les aspects sanitaires dans la vie économique et culturelle de la ville.

Pour participer à ce mouvement, les villes doivent manifester leur ferme adhésion politique aux principes généraux de la stratégie européenne de la Santé pour Tous de l'O.M.S. Elles s'engagent à promouvoir une stratégie de Promotion de la Santé et à susciter la participation effective et concrète du public. En 1990, 30 villes représentant 18 des 31 Etats Membres de la Région Européenne de l'O.M.S. ont été formellement désignées par l'O.M.S. comme faisant partie de son projet qui durera cinq ans (1987-1992) pour sa première phase.

La Ville de Liège quant à elle était déjà invitée au Colloque de Rennes en 1987 en tant qu'observateur et fut admise officiellement au sein du groupe pilote des Villes-Santé O.M.S. en 1988.

Devant le succès et l'ampleur de ce mouvement, l'O.M.S. a encouragé la constitution de réseaux nationaux de Ville-Santé. Ceux-ci ont été mis en place dans la plupart des pays où des villes sont affiliées au projet. En Communauté française de Belgique, les villes de Huy et La Louvière se sont engagées elles aussi à intégrer la promotion de la santé dans leur politique municipale.

En plus des réseaux nationaux, l'O.M.S. a également vu l'utilité de familles linguistiques pour promouvoir des échanges entre les Villes-Santé européennes et les villes intéressées des pays en développement.C'est ainsi que les Villes-Santé utilisant la langue française pour leurs relations internationales se réunissent en congrès internationaux pour partager leurs idées, leurs expériences, collabo-rer au choix et à la définition d'indicateurs de Villes-Santé,......

### Liège, ville-santé OMS

Bien avant sa désignation officielle à participer au réseau, la Ville de Liège et plus particulièrement le Service de l'Environnement et de la Qualité de la Vie s'était déjà fixé pour objectifs prioritaires de lutter contre les inégalités devant les problèmes de santé et de renforcer la possibilité des individus de choisir un mode de vie plus sain. Il s'agissait de motiver les hommes et les collectivités pour leur faire prendre conscience de leur responsabilité dans la promotion, la protection et la récupération de leur santé.

Très tôt, la Ville de Liège a mené des actions sur le terrain prouvant que les services municipaux occupent une place privilégiée pour se mettre à l'écoute des besoins de leurs administrés, pour fournir les informations qu'ils souhaitent. Régulièrement, la population a d'ailleurs été consultée pour connaître ses préoccupations principales en matière de protection de sa santé.

Des efforts tout particuliers ont été développés en matière d'information et d'éducation sanitaires. Sur base de consultations de la population, diverses actions ont été mises sur pied. Elles se sont centrées notamment sur la sensibilisation aux méfaits du tabagisme, la prévention du cancer du sein, le dépistage précoce du cancer du col de l'utérus, la prévention en matière d'accidents domestiques, d'accidents routiers, de maladies cardio-vasculaires, la santé périnatale, le stress, l'abus d'usage de tranquillisants, la qualité de l'air, l'aménagement urbain, la propreté publique, etc...

Déjà en 1983, la Ville de Liège était soucieuse de l'importance de la participation du citoyen et a alors créé un service municipal intitulé «Participation, consultation du citoyen et relations avec les quartiers». Parallèlement, la Ville de Liège a encouragé la création de Comités de quartier pour assurer une concertation en vue de l'amélioration du cadre de vie.

Une boutique d'information participative dénommée «Boutique Urbaine» a été installée au coeur de la ville; elle constitue à la fois un centre de documentation, d'exposition permanente de projets et de réalisations. Elle sert aussi de Centre «Questions - Réponses» pour la population.

Son action est triple : informer, servir, dynamiser.

La volonté de la municipalité en matière de participation communautaire s'est également concrétisée par la création de la Commission Communale Consultative de l'Urbanisme, du Conseil consultatif des immigrés, de la Commission consultative du Quart-Monde. Depuis plus d'une dizaine d'années, les services municipaux travaillent étroitement avec des associations du terrain et le plus souvent à leur initiative. Citons à titre d'exemples : la Ligue contre l'Epilepsie, le Conseil National des Femmes belges, la coordination liégeoise de la lutte contre le SIDA, les médecins généralistes, l'A.P.E.S., la F.A.R.E.S.,....

L'Université de Liège en tant qu'institution scientifique a collaboré depuis le début aux actions de la Ville. La coopération entre la Ville et l'Université s'est manifestée dans des domaines très divers et s'est concrétisée sous des formes différentes : consultation d'experts sur la pertinence des thèmes d'actions

# La santé au sein de la Zone d'Education Prioritaire libre de Molenbeek

Voilà bientôt un an que s'est formée notre équipe de travailleurs sociaux engagés dans un projet pédagogique ZEPL (ASBL). Nous intervenons auprès d'enfants fréquentant des classes allant du premier degré maternelle au premier degré du secondaire et ce dans un cadre scolaire et extra-scolaire.

Nous travaillons en quatre sous-projets (lecture, relations parents-école, ouverture au quartier et éducation à la santé) gérés par une coordinatrice.

Nous sommes deux assistantes sociales travaillant au développement du projet «éducation santé». Notre mission est d'intégrer l'éducation à la santé dans un contexte global d'apprentissage, afin d'amener les jeunes à découvrir le lien entre un savoir et les attitudes face à ce savoir et cela en matière d'hygiène corporelle et alimentaire, d'éducation sexuelle et affective, etc...

L'objectif à long terme est d'inciter les enfants à se responsabiliser, à s'épanouir afin de prendre en charge leur scolarité.

Durant l'année scolaire 1989-1990, nous avons organisé des animations sur le thème de l'hygiène corporelle à l'école primaire.

Cette année, de multiples interventions nous sont demandées par les enseignants des différentes écoles de la ZEPL.
Nos projets sont:
- l'alimentation (école primaire et premier degré du secondaire);
- l'éducation sexuelle et affective (premier degré du secondaire).

Pour répondre à ces demandes, nous collaborons avec trois associations de quartier: deux consultations ONE et la Maison médicale Norman Béthune. Cette dernière prend en charge les animations «éducation à la santé» pour le réseau extra-scolaire, ainsi que pour les deuxième et troisième degré du secondaire.

Cependant, une ombre subsiste à ce projet: il souffre cruellement d'absence de subsides pourtant promis depuis un an.

**Anne Cerato et Murielle Farvacque,** Les animatrices du groupe santé

*Adresse de contact: ZEPL 1080, rue Bonnevie 40, 1080 Bruxelles, tél:02/427.34.65. Coordinatrice: Brigitte Caureur.* ■

# Quand le travail «concours» à la santé...

Créé en 1940, les «5 A» (Association d'Aide aux Adultes et Adolescents) s'occupaient, à l'origine, d'aide alimentaire aux adolescents et organisaient des colonies de vacances.

En 1946, les «5 A» fondent le Centre médico-social inter-entreprises pour répondre aux prescriptions de l'Arrêté du Régent concernant le contrôle sanitaire des travailleurs.

Ce centre compte actuellement 1200 entreprises affiliées pour lesquelles il assure les examens médicaux des travailleurs, la surveillance des travailleurs non soumis à l'examen médical... Par ailleurs, les «5 A» remplissent également des missions de médecine préventive dans les domaines sportifs et scolaires.
A l'occasion de leur cinquantième anniversaire, les «5 A» ont décidé de créer un prix «Suzanne Palmers» du nom d'une des fondatrices de l'Association.

Ce prix viendra récompenser une initiative, un projet, un mémoire qui tendent à améliorer l'environnement, le milieu ou le poste de travail tout en augmentant la productivité.

L'objectif poursuivi est d'encourager une démarche alliant promotion de la santé et milieu de travail et contribuant à une meilleure perception de la médecine du travail en soulignant sa vocation préventive.

Le montant du prix est fixé à 300.000 FB pour le premier et 200.000 FB pour le second.

Le Jury, nommé par le Conseil d'Administration du Centre médico-social inter-entreprises des «5 A», comportera des membres proposés par le comité paritaire, des représentants des organisateurs, des universités et des spécialistes de la médecine, de l'hygiène et de l'organisation du travail.

Les actes de candidature doivent rentrer le plus rapidement possible, et les travaux définitifs doivent être communiqués pour la fin février 1991.

*Tout renseignement (formulaire de participation, règlement, ...) peut être obtenu à l'adresse suivante: «5 A» - rue Trappé 20, 4000 Liège 1, tél.: 041/22.39.60.*

**Carine Lafontaine,** Commission Locale de Coordination en éducation pour la santé, Fares-Liège





Cette formation à l'aide méthodologique ne répond pas seulement à notre préoccupation de répondre au mieux à nos missions. Elle peut aussi s'inscrire dans une stratégie de coordination locale des projets et programmes d'éducation pour la santé.

L'aide méthodologique est un service offert et donc une raison de solliciter une C.L.C.

L'aide méthodologique permet de créer des relations de travail et de collaboration approfondies.

L'aide méthodologique offre les moyens d'étudier les demandes, les besoins et les ressources de ceux qui demandent une aide.

L'aide méthodologique fournit l'occasion de mettre en relation des projets similaires et de faire rechercher les synergies.
Nous pensons donc que l'aide méthodologique permet à un animateur(trice) d'une C.L.C. de devenir un véritable catalyseur d'énergie locale.
Dans le courant du dernier trimestre également, nous avons collaboré, au sein d'une équipe, à la préparation et l'évaluation d'un cycle de six jours (trois modules de deux jours) de **formation en santé** des animateurs et animatrices Formation Action Militantisme (F.A.M.) et Enfants Prévoyants (E.P.) du mouvement d'éducation permanente Femmes Prévoyantes Socialistes (F.P.S.).

Cette formation vise essentiellement deux objectifs :

- Définir collectivement des éléments d'une politique socio-culturelle en matière de santé, à savoir le cadre conceptuel.

- Clarifier la position des animateurs(trices) F.A.M. et E.P. par rapport à leur nouveau rôle socio-culturel en santé.

Les deux premiers modules ont exploré les différentes dimensions du concept santé et la multiplicité des représentations de la santé et de la maladie de la part des animateurs, de leur public-cible, des médecins. Ils ont également identifié et clarifié les acteurs sur le terrain de la santé et les interactions réelles et possibles entre acteurs.

Le troisième module a permis d'expliciter les différentes dimensions des concepts promotion de la santé, éducation pour la santé, prévention et éducation sanitaire en relation avec l'action socio-culturelle et l'éducation permanente. Il a débouché sur une clarification de la position des animateurs face à ces concepts. Nous y sommes intervenus comme expert et comme animateur avec Christine DELIENS.

**Marie-Christine Miermans**

# Huit années de collaboration entre l'A.P.E.S. et la Médiathèque de la Communauté Française de Belgique (M.C.F.B.)

### 1. La collaboration A.P.E.S./M.C.F.B. : déjà une longue histoire...

Vous le savez sans aucun doute, la Médiathèque de la Communauté Française de Belgique (M.C.F.B.) a créé en 1983 une collection vidéographique «Education pour la santé». Messieurs Michel Defgnée et Yves Schillebeeckx sont à la base de ce projet, dirigé maintenant par Eric Vandersteenen.

Vous le savez peut-être moins, depuis la création de cette collection, la M.C.F.B. a sollicité l'aide de l'A.P.E.S. afin de **garantir la qualité pédagogique et scientifique** des vidéogrammes mis en collection.
L'A.P.E.S. a détaché quelques-uns des membres de sa Cellule de conseil en méthodologie pour constituer un **Comité** : un groupe de conseillers - médecins et pédagogues compétents en éducation pour la santé - ayant pour tâche d'examiner chaque document proposé par la M.C.F.B., de remettre un avis et d'écarter, le cas échéant, les vidéogrammes jugés néfastes pour des raisons scientifiques ou pédagogiques.

Dès la création du Comité, s'est fait sentir le besoin d'un outil d'appréciation des documents afin de dépasser les impressions subjectives, d'objectiver et de rendre communs les critères de la sélection. J. DONNAY et D. ERNST, des Facultés Notre-Dame de la Paix à Namur, membres de la Cellule de conseil en méthodologie de l'A.P.E.S. et membres du Comité, se sont attachés à la mise au point d'une **grille d'appréciation** originale.

**Au fil des années,** ont sensiblement évolué tant le rôle du Comité que la grille d'appréciation.

**Le Comité** s'est vu appelé successivement «Comité de sélection», puis «Comité d'évaluation» et enfin «Comité d'appréciation». A côté de ces appellations, c'est le rôle du Comité qui s'est progressivement redéfini. Il ne s'agit plus tant de «sélectionner» des documents vidéo et d'en écarter d'autres, mais bien d'en donner une appréciation et d'en guider l'utilisation. Il s'agit moins de cautionner ou censurer des messages que d'en révéler les facettes parfois cachées, d'en identifier les lacunes et, dans une mesure encore limitée, de proposer des conseils d'utilisation.

Le rôle de conseiller auprès de la

conseiller auprès des utilisateurs.

Quant à **la grille d'appréciation,** elle a toujours tâché d'allier des critères issus des acquis scientifiques dans le domaine de l'exploitation éducative de l'audio-visuel et des critères issus de la philosophie et de la méthodologie générale de l'éducation pour la santé. Mais elle a dû limiter ses ambitions pour rester maniable et praticable par des juges - cependant formés à son utilisation -, pour être applicable à la majorité des documents disponibles et proposés par la M.C.F.B. et pour contribuer à aboutir à une synthèse et à des conseils d'utilisation aux usagers de la collection. C'est ainsi que certaines analyses détaillées des documents se ont été raccourcies et que la grille d'appréciation actuelle est axée essentiellement sur les résultats les plus utiles pour vous, les utilisateurs.

Suite à une utilisation intensive au sein du Comité et à la rencontre répétée avec la réalité des vidéogrammes d'éducation pour la santé, il s'agit d'un outil largement testé et adapté à une utilisation particulière.

La grille et son manuel d'utilisation seront disponibles à l'A.P.E.S. dans le courant du premier trimestre de cette année.

Bref, l'eau a coulé sous les ponts, le Comité et la grille font presque partie de la tradition...
Il est intéressant de constater que cette tradition de collaboration entre la M.C.F.B. et l'A.P.E.S. s'est constituée bien avant la «Nouvelle Réglementation en Education pour la Santé» de 1988 qui recommande expressément cette collaboration entre services agréés.

## 2. ... et aussi un travail de fourmi !

Un travail de fourmi : c'est bien l'expression qui me vient à l'esprit pour évoquer le travail du Comité d'appréciation.

Visionner chaque document, remplir la grille d'analyse, harmoniser les avis des membres du Comité, rédiger un texte de synthèse de ces avis et des conseils d'utilisation : c'est un travail de fond, qui a représenté, chaque année, une partie substantielle du budget de la Cellule de conseil en méthodologie de l'A.P.E.S.(1), mais qui reste un travail peu visible, peu connu, je dirais «souterrain».

Dans le Catalogue 1987-1988, quelques lignes en italiques au bas de chaque fiche de présentation des vidéogrammes, peu systématisées, constituaient la seule partie visible de ce travail de longue haleine. Presqu'une «cote A.P.E.S.», anonyme de surcroît, qui laissait les membres du Comité assez insatisfaits. Ces textes ont été revus pour le tout nouveau catalogue à venir, nous l'expliquerons plus bas.
Le travail du Comité est un travail à double facette, à la fois fastidieux et captivant, appelant parfois un peu de lassitude, souvent le progrès.

## 3. 1989-1990: l'effort commun A.P.E.S./M.C.F.B. pour le nouveau Catalogue

Le nouveau catalogue de la collection est presque arrivé !

A l'intérieur de l'immense travail que la mise au point de ce catalogue a nécessité pour l'équipe de la M.C.F.B., une démultiplication de la collaboration A.P.E.S./M.C.F.B. a vu le jour à cette occasion, au cours de l'année 1989-1990.

La contribution de la Cellule de conseil en méthodologie de l'A.P.E.S. au nouveau catalogue est double.
**Une contribution plus théorique:** nous y présentons notre travail et notre grille d'analyse et nous y proposons des conseils généraux pour le choix et l'utilisation des vidéogrammes, sous la forme d'un guide de la vidéo en éducation pour la santé.

**Une contribution plus pratique:** l'édition du nouveau catalogue a été l'occasion de réexaminer l'ensemble des 175 vidéogrammes du précédent catalogue afin d'éliminer les documents qui auraient mal vieilli et surtout d'harmoniser les analyses et les synthèses de ces anciens documents avec celles des vidéogrammes visionnés depuis ce dernier catalogue.

C'est dire que cette année 1989-1990 a été un sommet du genre en matière de «travail de fourmi».

Cette opération a permis :

a) une mise à jour de la collection,
b) une présentation plus systématique des appréciations du Comité,
c) quelques conclusions générales à propos du contenu de la collection.

### A. Mise à jour de la collection

Plus d'un document sur dix ont été jugés trop faibles ou trop anciens et ont été éliminés ou archivés.

### B. Présentation plus systématique des appréciations du Comité

L'analyse faite à l'aide de la grille se conclut par la rédaction d'une synthèse de l'avis du Comité selon une structure établie qui prend en compte successivement les grandes catégories de critères de l'analyse (objectifs; public; caractéristiques pédagogiques, cinématographiques et de contenu; avis général et conseils d'utilisation); ces synthèses sont reproduites dans le nouveau catalogue; leur rédaction a fait l'objet de quelques difficultés mentionnées plus bas.

### C. Quelques conclusions générales à propos du contenu de la collection

Des conclusions générales ont été tirées par Christine SMAL (2) qui a coordonné l'opération «Catalogue : réécriture des appréciations» du côté de l'A.P.E.S.

J'en résume ici les grandes lignes :

1. En ce qui concerne les **objectifs** pédagogiques poursuivis par les documents : 51 % des objectifs sont de type cognitif, 47 % sont des objectifs de type affectif et 2 % sont des objectifs psycho-moteurs (apprentissage de gestes nouveaux).







C'est comme s'il suffisait de parler d'imprévu pour qu'il surgisse, l'Assemblée Générale est avancée de trois semaines pour des raisons de meilleure convenance. Conséquence: l'envoi du compte-rendu de l'Assemblée Générale précédente, de l'ordre du jour et des annexes y relatives doivent être transmises à tous les membres de l'A.P.E.S. au plus tard pour hier!
«Arrêtez le temps», disait une célèbre publicité. Là, c'est impossible. Les documents sont préparés illico presto, le listing d'adresses établi sur étiquettes par l'ordinateur, la lettre d'accompagnement terminée, le tout est timbré et posté au plus vite.

Ouf! Il est midi, on va pouvoir respirer. Sans compter les estomacs qui s'énervent ...

13 heures, repus, on peut s'atteler tant bien que mal à terminer le bilan. Car en cette matinée ordinaire, entre les appels téléphoniques, les lettres urgentes à dactylographier, les fichiers d'adresses à remettre à jour et autres tâches à accomplir, le bilan s'établira certes lentement, mais sûrement!

**Anna De Leo,** Apes

# «Eurotox 93»

Trois associations belges organisent un colloque international sur le thème «Drogues, Valeurs et Politiques», en collaboration avec la Commission des Communautés Européennes: il s'agit d'Infor-Drogues, du GERM et de Prospective Jeunesse.

L'inévitable label «Euro...93» nous rappelle qu'on y parlera entre autres de politique européenne en matière de drogues, d'harmonisation des définitions et des valeurs, de rapports de force entre les différents acteurs.

Un appel à une participation active est lancé: il s'adresse à «tous les acteurs concernés par la problématique des drogues dans leur pratique, leur savoir ou leur expérience. Le récit d'une expérience en cours, l'interrogation sur un cas, la réflexion sur un échec, les mises en perspectives politique, historique, sociale, éthique, philosophique de la problématique des drogues sont pertinents.»

Cinq thèmes possibles ont été sélectionnés; présentés brièvement, ils serviront de pistes aux candidats participants:

- mobilisation: soit l'ensemble des stratégies qui assimilent la problématique de la drogue à une problématique de guerre ou de lutte sans merci; soit la création d'un réseau de solidarité, d'écoute, de soins, de programmes de prévention;
- interdit: notions de drogues licites et illicites;
- affects: manières dont les usagers de différentes drogues en parlent, ou manières dont ces témoignages touchent ceux qui les reçoivent;
- expertises: ensemble des discours sur les drogues et les toxicomanes, s'autorisant d'un savoir ou d'une compétence;
- visées: type d'idéal que recherchent explicitement ou implicitement les différents modes d'intervention dans le champ des drogues et de la toxicomanie - abstinence, modération, ordre public, santé publique, esthétisme, hédonisme, «normalisation», etc.

Les organisateurs souhaitent que les participants situent leur expérience et leur réflexion par rapport à l'un ou l'autre des cinq thèmes.




Pratiquement: les offres de participation (ne dépassant pas une page de format A4) devront parvenir au secrétariat d'Eurotox en janvier 1991. Le colloque aura lieu les 13, 14 et 15 juin 1991.

*Toute information complémentaire peut être demandée soit à Infor Drogues qui assure le secrétariat du colloque, chaussée de Waterloo 302, 1060 Bruxelles, tél. 02/537.52.52, soit par téléfax auprès de Monsieur A. Decourrière, au numéro 02/347.48.08.* ■

# Une matinée administrative comme les autres




Huit heures, l'A.P.E.S. s'éveille. L'ordinateur branché, la vie peut battre son plein.

Par quel bout commencer? Coup d'oeil sur le planning de la semaine: la comptabilité, le relevé des factures, le bilan de l'année constituent le copieux menu de la journée. Soit! Mais déjà le téléphone retentit.

- *«L'A.P.E.S., Bonjour!*

- ...

*- Vous êtes étudiante en 2ème année à l'Ecole Normale? Vous souhaitez une aide pour réaliser votre mémoire qui traitera d'éducation pour la santé à l'Ecole Maternelle?*

*Je vais consulter la liste de nos rapports d'intervention: il y en a plusieurs qui traitent de ce sujet. Vous pourrez les consulter dans nos bureaux. Je vous invite également à vous adresser au R.E.S.O. ...».*

Ce premier coup de fil matinal inaugure une longue liste d'appels du même type: problème de rendez-vous ou d'horaire? Recherche de documents ? Consultation de brochures? Problème d'évaluation et de méthodologie? Informations spécifiques sur les formations, les projets? Toute la journée, la secrétaire est là pour répondre aux questions qui affluent et pour, dans la mesure de ses moyens, satisfaire au mieux les demandes. Lorsque celles-ci sont plus délicates, la communication est directement transmise à la personne compétente.

9 heures 30, Claudine arrive avec une lettre à envoyer d'urgence à la médiathèque. Pas de temps à perdre. La lettre en question se dessine sur l'écran de l'ordinateur et s'envole vers son destinataire. Ah, la magie du progrès.

Que faire maintenant? Ah oui, le bilan! A peine le temps d'y penser que déjà le téléphone retentit de nouveau:

- *«L'A.P.E.S., Bonjour!»*

- *«With O.M.S. Copenhagen speaking ...».*

La communication concerne une réunion internationale sur l'évaluation des campagnes de lutte contre le SIDA qui doit se tenir le 30 avril à Copenhague. L'A.P.E.S. y sera représentée par Michel, le Directeur. Son voyage doit être minutieusement préparé pour qu'il puisse s'envoler, serein, vers d'autres cieux et d'autres réflexions. Téléphone à l'agence, occupé. Téléphone à l'hôtel, réservation, confirmation à transmettre par fax. Retéléphone à l'agence, encore occupé.

Le bilan! Il faut faire le bilan ...

Pas le temps, Marie-Christine réclame le rapport du 25 mars 1988 traitant du tabagisme chez les jeunes de 12 à 20 ans. Heureusement, une bonne organisation et une bonne classification des dossiers permettent de retrouver assez rapidement le document convoité.

Maintenant on peut s'attaquer au bilan.

Non, le cri strident du téléphone déchire à nouveau le silence. Il a décidé d'empêcher la léthargie et la somnolence de s'installer dans les locaux de l'A.P.E.S. Qui s'en plaindrait? C'est pour une commande: une cinquantaine de revues N°5 de la collection «Méthode au Service de l'Education pour la Santé», accompagnée de la facture au nom du correspondant doivent être mises sous enveloppe aujourd'hui même.

10 heures 30. La première étape du bilan est enfin terminée. Une pause s'impose. Réunis autour d'un café fumant, les membres de l'A.P.E.S. s'échangent les messages courants. «Martine a appelé, elle a demandé que tu la rappelles». On parle de tout et de rien, on évoque les anniversaires des uns et des autres...

Le téléphone: au bout du fil, un professeur de l'école professionnelle de Saint-Laurent sollicite un rendez-vous avec Michel au sujet d'une aide pour un nouveau cours d'éducation pour la santé en 6ème. Regard furtif sur l'agenda: la semaine est full! Le rendez-vous est fixé à la semaine prochaine. Pour plus de sécurité, pour contrer tout imprévu de dernière minute, les coordonnées du professeur sont soigneusement notées.





Mais surtout, tant pour les objectifs cognitifs qu'affectifs, **la majorité des objectifs poursuivis sont du niveau le plus simple.** Il s'agit de **prendre connaissance** d'informations nouvelles dans 86 % des objectifs cognitifs, contre 14 % d'objectifs plus élaborés de compréhension ou d'analyse de problèmes de santé. Il s'agit de **prendre conscience** d'un problème de santé pour la moitié des objectifs affectifs et de prendre position par rapport à ce problème (être pour ou contre, avoir un avis) ou d'appliquer les informations à son propre mode de vie dans l'autre moitié des cas.

Or on sait que pour concourir à une modification des modes de vie, il importe de poursuivre des objectifs variés, complémentaires et de niveau élevé (susciter la réflexion, la prise de décision, l'analyse, la critique, l'implication active, la comparaison, l'application sur soi, etc.)

C. SMAL s'interroge dès lors sur les objectifs spécifiques de la Collection «médecine-santé» et de la Collection «Education pour la santé» de la M.C.F.B.

2. En ce qui concerne les **caractéristiques** des documents
Les appréciations des 40 documents jugés les plus intéressants par le Comité ont été réexaminés et C. SMAL en dresse le portrait-type :

Au niveau du **contenu**, les documents apportent :
- Une image positive de la santé.
- Des conseils et des incitants à l'autonomie, plutôt que des interdits.
- La présence d'une dimension «positive» : (joie, humour, contentement, plaisir, émotion, ...).
- Une image du personnel médical plus proche du partenariat que du spécialiste.
- Des thèmes peu abordés ou difficiles à aborder : enfance maltraitée, inceste, ...

Au niveau **technique,** les documents attrayants sont caractérisés par :
- Le rythme bien «vivant».
- Les fictions bien jouées.
- Les témoignages significatifs, positifs, ...
- L'image et le son de très bonne qualité.

Au niveau **pédagogique :**
- le ton n'est pas moralisateur, didactique, ou culpabilisant mais bien familier, il interpelle plus ou moins directement le spectateur.
- Le langage est adapté au public (vocabulaire, débit).

**Voilà de quoi orienter l'avenir de la prospection et de la production de documents vidéo en éducation pour la santé. Avis aux amateurs !**

### 4. La collaboration reste à améliorer tous les jours

La collaboration s'est instaurée entre deux institutions qui ont des impératifs différents et une tradition de service différente.

Pour l'A.P.E.S., le Comité d'appréciation constitue **une réponse de la Cellule de conseil en méthodologie à une demande** parmi d'autres; la demande est néanmoins particulière, notamment parce qu'elle est renouvelée chaque année et parce que l'organisme promoteur du projet est un organisme agréé comme service aux éducateurs, comme l'A.P.E.S.

Pour la M.C.F.B., la collection «Education pour la Santé» a pris place dans **une institution qui dépasse largement l'éducation pour la santé** et qui se caractérise par un service au public sous forme de réseau de prêt de documents audio-visuels.

Dans ce contexte, la collaboration A.P.E.S./ M.C.F.B. se concrétise par des échanges entre des approches assez différentes du document audio-visuel d'éducation pour la santé.

Au départ, les interlocuteurs-A.P.E.S. sont plus sensibles à des **exigences d'ordre pédagogique et méthodologique** tandis que les interlocuteurs-M.C.F.B. sont plus sensibles à des **exigences d'ordre cinématographique et «commercial».**

Un «très bon vidéogramme d'éducation pour la santé» renvoie prioritairement à la structuration du message, du point de vue de l'A.P.E.S., mais renvoie avant tout à l'originalité de la présentation, du point de vue de la M.C.F.B.

Les différences d'approche de l'A.P.E.S. et de la M.C.F.B. se concrétisent en différences de style à chaque moment où il s'agit d'écrire : à l'occasion de la rédaction tant des synthèses des appréciations du Comité que du guide plus théorique de la vidéo en éducation pour la santé, la M.C.F.B. a déploré notre style «méthodologique» parfois un peu lourd au profit d'un style plus «médiatique» qu'elle souhaite voir à nos écrits. Il en résulte des compromis où nous espérons que chacun n'y perdra pas trop de son sel.

A force de travailler ensemble, une évolution s'est heureusement produite et nous constatons que les exigences de l'A.P.E.S. sont devenues plus réalistes et que les critères «formels» ont pris une place croissante dans nos appréciations, car nous avons été petit à petit persuadés de la nécessité d'accrocher le spectateur et de garder son attention, comme condition indispensable à l'atteinte d'un objectif éducatif.

Nos interlocuteurs de la M.C.F.B., Messieurs DEFGNEE et E. VANDERSTEENEN n'ont pas eu le temps d'apporter leur point de vue dans ce numéro de la *Revue Education Santé*, mais ce sera chose faite dans un des tout prochains numéros, à l'occasion de la parution du nouveau catalogue.

Les analyses et propositions qui précèdent sont donc l'expression du seul point de vue de l'A.P.E.S. sur une collaboration qu'elle mène avec plaisir, intérêt et acharnement.

**Claudine Kefer**

(1)Actuellement, la M.C.F.B. intervient pour 1/3 et l'A.P.E.S. pour 2/3 dans le budget consacré au travail du Comité.
(2)C. SMAL, Conclusion à l'Opération Catalogue, Document provisoire, A.P.E.S., 1990, 4 p.

# Besançon non fumeur concept, action et evaluation




Ce programme a pour partenaires privilégiés : «L'Europe Contre le Cancer» et le Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale

Les organismes nationaux et internationaux de Santé Publique (Ministère de la Santé, O.M.S., ...) affirment que le tabac est le premier facteur de risque évitable, contre lequel il faut lutter pour espérer aujourd'hui améliorer significativement l'état de santé des populations des pays occidentaux (1-4). En Europe, aujourd'hui 1/3 des principales causes de décès dans la population adulte (40-69 ans) est dû au tabac, et 800 000 à 1 million de personnes meurent chaque année de cette «intoxication». Si la consommation reste stable, au mieux en 2025, ce chiffre aura plus que doublé : 2 millions de décès par an (1,5 chez les hommes et 0,5 chez les femmes) (5). En France, la mortalité liée au tabac a été estimée en 1985 à 61 000 par an (6) soit 12 % de l'ensemble des décès (55 000 hommes).

Les mesures qui peuvent être prises pour lutter contre le tabac sont de deux types (7) :

* **réglementaires** visant principalement :

1) la limitation ou l'interdiction de la publicité sur le tabac;
2) le prix des cigarettes;
3) les zones d'interdiction de consommation (lieu de travail, écoles, hôpitaux, ...);

* **éducatives** pour encourager de nouvelles attitudes et de nouveaux comportements face au tabac : actions dans les écoles, campagnes médiatiques, développement de plans de sevrage, ...

La réussite d'une politique de lutte contre le tabac ne peut passer que par une approche conjointe, réglementaire et éducative. La mise en place de mesures trop partielles ou isolées affaiblit considérablement l'impact du dispositif mis en place. La plupart des grandes actions de promotion de la santé entreprises à ce jour dans le domaine de la lutte anti-tabagique concernait l'ensemble d'un pays ou des communautés de population très vastes. Il apparaît aujourd'hui que des projets plus circonscrits géographiquement ont beaucoup plus de chance de créer dans la population une dynamique propre à modifier durablement des comportements. La commune constitue pour cela une entité sociale idéale.

La ville de Besançon et son Service Hygiène-Santé ont développé depuis 10 ans avec leurs partenaires locaux, une politique très active de promotion de la santé dans de nombreux domaines (8-12) : environnement (bruit et air), nutrition, prévention des accidents de l'enfant, lutte contre les inégalités, ... Le concept de promotion de la santé est devenu progressivement beaucoup plus large, intégrant dans sa démarche la qualité de la vie et la dimension sociale : espaces verts, sports, urbanisme, ... Les quatre implications directes de cette approche ont été :

1) une communauté de vue entre le mouvement des villes Santé tel qu'il a été défini en 1986 à OTTAWA (13), et la démarche mise en place à Besançon depuis 1980.

2) l'acquisition d'un savoir-faire méthodologique et technique qui pouvait être mis au service d'autres thématiques (14).

3) la création dans la population de Besançon, d'une identité et d'une reconnaissance communes autour des concepts globaux de qualité de Vie et de Santé (dans le sens de la définition de l'O.M.S.);

4) enfin, la décision de mettre en place un programme pilote «Besançon Non Fumeur - Défi 92» (BNF) qui s'appuie sur toutes les potentialités développées au cours des années passées et s'inscrit dans une nouvelle dynamique française (4) et européenne de lutte contre le tabac (2-3).

## Les préalables à l'action

Une année a été nécessaire pour concevoir le programme BNF et cinq étapes successives ont permis de passer d'un objectif théorique («diminuer de 50 % en 5 ans le nombre de fumeurs à Besançon»), à des activités plus opérationnelles.

### 1. Une recherche bibliographique

Les livres, documents, rapports, articles sur le tabac sont très nombreux. Une bibliographie sélective a permis de collecter auprès des organismes nationaux ou internationaux spécialisés (Comité National Contre le Tabagisme, Centre International de l'Enfance, O.M.S. à Genève, ...) les expériences les plus significatives et d'en tirer tous les enseignements nécessaires à l'élaboration de la stratégie.

### 2. Une enquête de faisabilité

Des interviews semi-directives auprès de diverses catégories socio-professionnelles concernées





**2) Un axe «préventif ou dissuasif»** : il renforcera ou encouragera le comportement non fumeur auprès des publics jeunes et des femmes (valeurs : «vitalité» et «nature»).

**3) Un axe «incitatif ou culturel»** : il mettra en avant un réflexe de savoir vivre et d'un code de liberté respectée. Il aura pour cible la famille et les groupes sociaux (entreprises, collectivités, ...).

**L'orientation globale pour 1990,** est la promotion de la vie et de ses plaisirs (tableau I) :

**1) La vie que l'on défend mieux sans tabac** (modèle altruiste) : le plaisir de la jeunesse et la mise en place d'actions destinées aux parents qui attendent un bébé ou qui viennent d'en avoir un.

**2) La vie que l'on goûte bien sans tabac** (modèle épicuriste), le plaisir de vivre bien, de s'amuser et l'organisation de la deuxième journée mondiale sans tabac (1990) autour des plaisirs («du baiser sans tabac»), et de la fête (musique, théâtre, danse, ...).

**3) La vie que l'on épanouit plus sans tabac** (modèle volontariste) : le plaisir de vivre plus dans le sport et le développement d'Espace Sans Tabac dans tous les lieux de sport de la ville avec un partenariat renforcé avec les clubs.

L'ensemble du dispositif mis en place depuis 1988 montre que BNF se situe à la fois :

- dans une dynamique locale suscitée par une expérience antérieure dans le domaine de la promotion de la santé;

- dans une dynamique nationale que vient de confirmer les récentes dispositions prises par le Ministère de la Santé Français en matière de lutte anti-tabac;

- dans une dynamique internationale et européenne puisque l'objectif défini au cours de la première conférence européenne organisée conjointement par l'»O.M.S.» et l'»Europe Contre le Cancer» est identique à celui de BNF : réduire de moitié, en 5 ans le nombre de fumeurs européens (7).

**François Baudier**

**BIBLIOGRAPHIE**

1. **MASIRONI R.**, *Le tabac ou la santé : choisissez la santé : dossier technique O.M.S.*, Genève, 1988.

2. **WHO regional office for Europe**, *It can be done : a smoke free Europe*, Copenhagen, O.M.S., 1990, 66 p.

3. **GONZALES M.**, *La lutte contre le tabac : un défi politique pour la communauté européenne.* Communication faite à la première conférence européenne sur la politique anti-tabac, Madrid, 7-11 novembre 1988.

4. **EVIN C.**, *Les grandes orientations de la politique de santé 1989-1992.* Supplément à «la lettre du 8 Ségur», Paris, 1989, 16 p.

5. **PETO R.**, *Les effets futurs des habitudes tabagiques actuelles.* Communication faite à la première conférence européenne sur la politique anti-tabac, Madrid, 7-11 novembre 1988.

6. **D.G.S. et S.E.S.I.**, *La santé en France : faits majeurs et grandes tendances*, Paris, La documentation française, 1989, 271 p.

7. **O.M.S. bureau régional de l'Europe Copenhage**, ***Un plan d'action de 5 ans***, Copenhage, O.M.S., 1988, Collection Europe Sans Tabac, 32 p.

8. **BAUDIER F., MARCHAIS M., FERRY B., BOURDERONT D., PINOCHET C. et BLUM D.**, Programme coopératif de prévention des accidents domestiques de l'enfant dans le Doubs : 2°) : *Aspects éducatifs et évaluation, Archives Françaises de Pédiatrie*, 1988, 45, 499-503.

9. **THIRIET F., BAUDIER F., SAGE M., AUGE A. et HENRY Y.**, Trois ans d'»Actions Santé» auprès des jeunes de la Mission Locale de Besançon : bilan et perspectives, *Les Cahiers de la Prévention*, 1989, 2, 35-39.

10. **ABELLO A., BAUDIER F., LIEB F., NORMAND A., VUILLEMIN C., ROBBE JL., PINOCHET C. et HENRY Y.**, *Programme d'action communautaire en hygiène corporelle : description et évaluation* (accepté pour publication dans la revue *Pédiatrie*).

11. **BAUDIER F., HENRY Y., ABELLO A., PIEROT G., BEDEL A., FERRY B., LLAONA P.**, *Programme coopératif d'éducation nutritionnelle dans le département du Doubs : 1) mise en place de l'action et évaluation du processus* (accepté pour publication *Médecine et Nutrition*).

12. **BAUDIER F., ABELLO A., PINOCHET C., TANNER F., MILLET L., BEDEL A. et HENRY Y.**, *Programme coopératif d'éducation nutritionnelle dans le département du Doubs : évaluation de l'impact au niveau des habitudes alimentaires* (accepté pour publication *Médecine et Nutrition*).

13. **O.M.S.**, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Conférence Internationale pour la Promotion de la Santé, 17-21 novembre 1986, Ottawa Ontario Canada.

14. **BAUDIER F.**, *Education Pour la Santé : Guide Pratique*, 1987, Edition CDES-ADEESSE, 180 p.

15. **O.M.S. bureau régional de l'Europe - Copenhage**, *Pour libérer la nouvelle génération du tabac*, Copenhage, 1988, O.M.S. Copenhage, Collection Europe Sans Tabac, 59 p.

16. **EUROPE CONTRE LE CANCER**, *L'éducation à la santé et la prévention du cancer dans les écoles.* Première Conférence Européenne, Dublin, 7-9 février 1989.

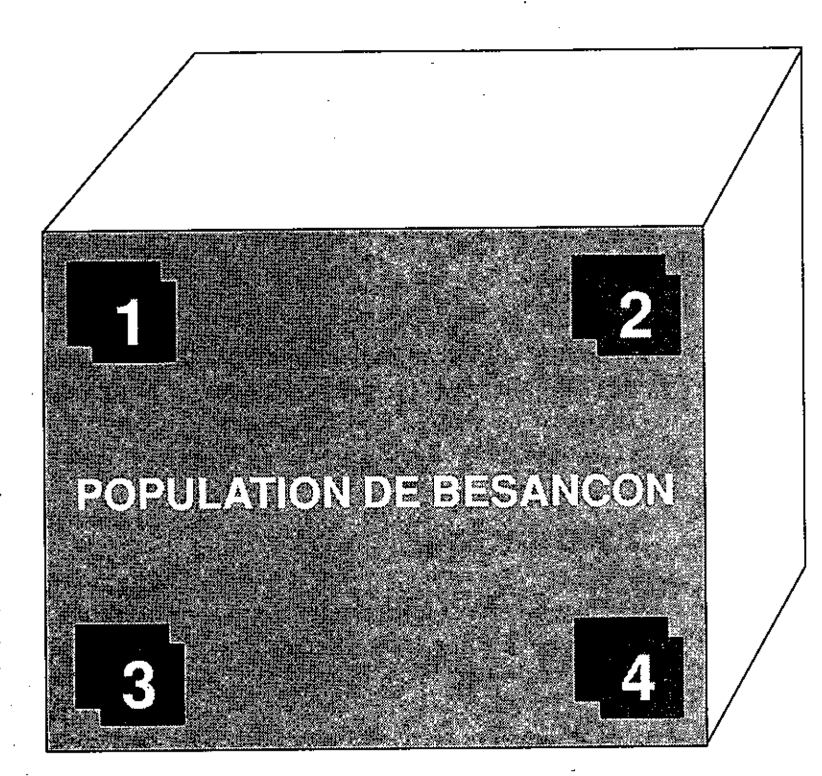
**FIGURE 1:**
**LES DIFFÉRENTES ÉVALUATIONS DE BESANÇON NON FUMEUR**




Echantillon représentatif de la population de plus de 15 ans; 1.000 personnes 1988-90-92,... (comparaison avec les statistiques nationales)




Echantillon représentatif des familles dont un des enfants est dans le secondaire; 600 familles 1985-88-91-94... (comparaison avec le reste du département du Doubs).




2

Echantillon représentatif des familles dont un des enfants est en cours moyen; 1.600 familles 1988-90-92...




Réalisation d'enquêtes ponctuelles correspondant aux programmes développés:
- enquêtes enseignants et élèves
- enquêtes médecins (10%)
- enquête d'opinion (250 Bisontins)

...

Fumeur» (plus les fumeurs que les non fumeurs) : bus, lieux publics et administrations sont les principaux lieux «d'accroche». 73 % sont pour l'interdiction totale de fumer dans les établissements scolaires.

- Renforcer l'information : seulement un Bisontin sur 5 connaissait les Plans Stop-Tabac.

**Evaluation de l'impact**

Elle repose sur trois enquêtes répétées régulièrement au cours du programme BNF (tous les deux ou trois ans).

a) Sondage auprès de la population bisontine

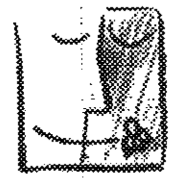
Tous les deux ans (le premier a été réalisé en juin 1988), la consommation de tabac est évaluée auprès d'un échantillon de 1 000 personnes, représentatif de la population bisontine.

b) Enquête dans les familles

Tous les trois ans (la première a été réalisée en avril 1988), la consommation de tabac est évaluée auprès d'un échantillon de 3 500 personnes, représentatif des familles ayant un enfant en cours moyen.

c) Enquête sur la consommation des drogues licites et illicites des jeunes scolarisés de Besançon et du Doubs

Depuis 1982, des enquêtes sont répétées tous les trois ans sur la consommation des drogues licites et illicites dans le département du Doubs. Le tabac a été particulièrement étudié en 1985 et l'enquête renouvelée en 1988. Elle le sera à nouveau en 1991.



## Perspectives et conclusions

Au point actuel du projet, il semble possible d'optimiser la demande de BNF sous plusieurs analyses de préconisation :

- maintenir l'acquis de la notoriété;
- développer une politique d'image;
- multiplier les plans marketing.

Ceux-ci doivent être organisés auprès de cibles prioritaires avec une stratégie qui s'emploiera à :

- valoriser et renforcer les comportements non-fumeurs;
- interpeller et modifier le comportement des fumeurs

selon des axes de campagne bien distincts :

**1) Un axe «curatif ou incisif»** : il aura pour cible les fumeurs et comme réseau prescripteur le corps médical.





directement ou indirectement à Besançon par une telle action ont été réalisées. Médecins, enseignants, buralistes, adolescents, malades, fumeurs et non fumeurs ont pu ainsi s'exprimer, permettant :

- d'étudier les réactions face à une telle action préventive;
- de collecter des idées afin de définir les moyens les plus judicieux et les plus efficaces.

De l'analyse de ces interviews se dégageait une idée positive face à cette campagne de prévention, même si certains la voyaient comme étant ambitieuse.

**3. Un comité technique**

Il est composé de six personnes représentant les trois organismes promoteurs (Service Hygiène-Santé - ville de Besançon, Mutualité du Doubs et l'Association pour la Prévention de la Pollution Atmosphérique de Franche-Comté). Il peut s'adjoindre pour des durées limitées et en fonction des compétences des personnes extérieures.

**4. Un comité de parrainage**

Afin de soutenir et de valoriser BNF, de nombreuses personnalités locales, nationales et internationales ont accepté d'être membres de ce comité. Sa composition est riche par la diversité des domaines représentés : médical, sportif, éducation nationale, grandes administrations nationales et régionales, université, ... La notoriété et la compétence reconnue de ces membres donnent au projet toute sa crédibilité vis-à-vis du public et des partenaires éventuels.

**5. La recherche de financements**

Pour mener à bien ce projet, il est apparu nécessaire d'établir un budget pour 5 ans à la hauteur des ambitions des organisateurs de BNF. Il fallait donc atteindre un seuil nécessaire d'engagement de la part des partenaires pour que le programme puisse débuter dans des conditions techniques suffisantes.

## Mission globale du projet et plan d'intervention

Au terme de cette étape préalable, les partenaires de BNF,

- dans le cadre de fonctions respectives et convergentes (santé, environnement, prévention),
- dans le contexte de constats sociaux et médicaux (tabagisme, pollution, coût social, opinion européenne)

se sont donnés pour mission et défi, une action concertée de sensibilisation et d'intervention pour réduire de 50 % en 5 ans le risque tabac à Besançon.

Leur spécificité de moyens et d'attitude est :

- une équipe locale pluridisciplinaire,
- un comité de parrainage national et international,
- un recours au partenariat économique et social,
- une méthodologie de communication tolérante et positive.

Le plan de communication, de promotion et d'action de BNF vise à modifier fondamentalement les attitudes et durablement les comportements des Bisontins dans leur relation avec le tabac. Il s'articule autour des trois objectifs :

1) créer un climat de confiance propice à la non consommation de tabac;

2) aider les fumeurs désireux de s'arrêter;

3) développer une prévention primaire auprès des enfants et des jeunes.

Le programme de BNF se déroule suivant un schéma d'animation pluriannuel : une planification de l'action sur 5 ans avec orientations définies tous les ans dans une démarche marketing. Il valorise l'image et la promotion :

- d'un style de vie, sans tabac avec plaisir,
- de Besançon, 1ère ville européenne sans tabac,
- de chaque partenaire dans sa raison sociale,
- du projet, comme référence pour d'autres villes.

## Créer un climat propice à la non-consommation de tabac

**Les supports de communication permanents**

La durée du programme, les objectifs fixés et la difficulté d'aborder le thème du tabac pour une communauté de 120 000 personnes ont imposé une stratégie de communication pertinente s'appuyant de façon permanente sur «un visuel» (le logo BNF), un support (la lettre du Défi) et les professionnels de la presse :

- **La conception du logo** s'est située très tôt dans le projet, permettant une identité visuelle forte de BNF. Il était nécessaire que le logo véhicule une image positive et souriante compensant la formulation négative de «Besançon **Non** Fumeur». Il devait aussi rappeler l'objectif (50 %) et l'identité propre à Besançon (ville verte). Sa déclinaison a été largement développée sur de multiples supports, affiches, autocollants, tee-shirts, ... Ces derniers (diffusés à prix coûtant) ont été vendus à plusieurs milliers d'exemplaires et sont portés par un nombreux public dans la rue, les

établissements scolaires, les lieux sportifs.

- **L'édition de la lettre du Défi** qui est «le journal» de BNF, est adressée aux prescripteurs de la santé, aux para-médicaux, aux élus locaux, administrations locales, comité de parrainage, ... Elle est le lien essentiel avec les principaux relais de BNF.

- **La presse** est aussi associée très largement à tous les événements et les actions de BNF. Ce partenariat a pour objectifs :

1) de démultiplier localement l'importance du programme;
2) de renforcer l'identité et l'adhésion de la population autour de BNF.

En effet, la reconnaissance par les plus grands médias nationaux de l'exemplarité de l'expérience accentue le sentiment de vivre et d'être associé collectivement à un projet innovant.

**Les événements**

BNF a développé deux types de stratégies dans ce domaine :

* créer ses propres événements;
* être associé à des manifestations grand public.

1) Créer ses propres événements

A deux occasions, BNF a mis en place une journée dont l'objectif a été de donner une dimension populaire et spectaculaire au programme :

- **en 1988**, pour le lancement de «Besançon Non Fumeur» : ville pavoisée aux couleurs de «Besançon Non Fumeur», et de l'Europe, réalisation d'espaces sans tabac (commerces, entreprises, places de la ville, ...), jeux et démonstrations sportives, actions de sensibilisation dans les lycées et les grandes surfaces, ...

- **en 1990**, à l'occasion de la deuxième journée mondiale sans tabac : lycée en fête (musiques, peintures, ...), spectacles de rue, danse dans une discothèque sans tabac, ...

2) Etre associé à des manifestations grand public

C'est essentiellement autour d'événements sportifs que BNF a porté son effort : sports de prestige (Finale du championnat d'Europe de football, Tour de France, ...) ou de masse (randonnée pédestre, semi-marathon, canoë kayak, natation, ...).

**Les Espaces Sans Tabac**

Après l'inauguration symbolique et officielle de deux espaces sans tabac (un salon de thé et une entreprise), la population a été invitée à multiplier ses espaces santé où la consommation de tabac sera volontairement supprimée ou limitée. Un panonceau «Espace Non Fumeur, merci de ne pas fumer» a été créé et diffusé pour en faciliter la signalisation. Progressivement de nombreuses administrations, entreprises, lieux sportifs, transports publics, commerces, restaurants, ... ont choisi volontairement de développer des lieux où l'on ne fume plus.

## Aider les fumeurs désireux de s'arrêter

Créer un climat favorable à la non consommation de tabac, c'est augmenter le nombre de candidats à l'arrêt. Pour faciliter cette démarche, il fallait s'appuyer sur un public-relais, les professionnels de santé, et une méthode de sevrage fiable, «les plans Stop-Tabac».

**La place des professions médicales**

Elles sont des relais privilégiés pour BNF et ont été surtout associées dans la demande de prise en charge des fumeurs qui souhaitaient s'arrêter. Tout d'abord un Enseignement Post Universitaire (E.P.U.) a été organisé pour les médecins de Besançon sur le thème du sevrage tabagique, en liaison avec le Comité National Contre le Tabagisme.

Ensuite, une campagne grand public a été réalisée pour promouvoir le médecin dans cette fonction («C'est décidé j'arrête, votre médecin peut vous aider»). Elle s'est accompagnée d'une diffusion de matériel de sensibilisation pour le cabinet des médecins : dépliants, guides, affiches, ...
Deux autres opérations ont été orientées vers le public médical :

1) A l'occasion de la campagne nationale du Comité Français d'Education Pour la Santé et de ses partenaires (1989), une action de sensibilisation a eu lieu avec les pharmaciens de la ville de Besançon sur le thème «je tabastoppe».

2) Pendant deux semaines, BNF est allé à la rencontre du personnel des hôpitaux. Les principaux objectifs étaient de favoriser une reconnaissance de la prévention chez les soignants et d'inciter à la mise en place d'actions d'éducation pour la santé à l'intérieur de l'hôpital.

**Le développement des plans Stop-Tabac**

Ils ont été mis au point en 1986 à Besançon, à la lumière de toutes les expériences tentées sur ce sujet. Faisant appel à la dynamique de groupe, tout en assurant un soutien individualisé, ces plans sont conçus pour une dizaine de personnes. Ils sont animés par des intervenants spécialisés en matière de sevrage tabagique : infirmières, psychologue, diététicienne. Ils se





déroulent sur 4 jours consécutifs, puis une rencontre est programmée une semaine, quinze jours, un mois, deux mois, six mois après l'arrêt. Ils offrent ainsi l'avantage de suivre les participants sur six mois. Afin de faciliter l'accès de ces plans aux fumeurs, des campagnes médiatiques régulières sont organisées par les principaux médias locaux : presse écrite, radio, affichage, ...

## Développer une prévention primaire auprès des enfants et des jeunes

Les expériences de prévention primaire du tabagisme ont toutes montré qu'il fallait agir tôt pour créer **«une nouvelle génération sans tabac»** (15). Il a donc été décidé de sensibiliser tous les élèves de la fin de l'école primaire à un moment où ils sont théoriquement proches de leur première expérience avec le tabac et encore très réceptifs au message de prévention.

Cette action s'appuie sur le jeu «l'Enigme du Kangourou». Son objectif est de discréditer la cigarette auprès des enfants, tout en valorisant par la mise en scène du jeu, le sport et le plaisir de vivre en forme. Un document pédagogique est remis à l'enseignant ainsi qu'une brochure intitulée «l'Enigme du Kangourou» réalisée par BNF et ses partenaires. Elle est distribuée à tous les élèves de la classe quelques jours avant le jeu. Les enfants doivent s'en imprégner et couvrir toutes les informations qu'elle contient sur le tabac et ses méfaits. Ils peuvent l'apporter dans leur famille pour la faire lire aux parents, frères et soeurs, ...

Le jeu qui suit et qui se pratique en classe a pour but de vérifier les connaissances acquises, de les renforcer et d'introduire une réflexion sur toutes les conséquences négatives de l'usage du tabac. Il est animé soit par une infirmière de BNF, soit par une élève de l'école d'infirmières. Cet outil permet de conserver un aspect ludique à ces animations. Pour les années scolaires 1989-1990, 2 200 élèves de classes primaires (CM1-CM2) ont bénéficié de cette démarche éducative.

Outre cette prévention en école primaire, «BNF» répond aux demandes de collaboration des lycées et collèges. La stratégie diffère alors en fonction des besoins.

## Evaluation

Deux types d'évaluation ont été mis en place pour suivre l'opération BNF (Figure I) :

* évaluation du processus,
* évaluation de l'impact.

**Evaluation du processus**

Elle repose sur la mise en place de deux approches :

1) Des réunions régulières du Comité Technique donnent les grandes orientations de l'action et réajustent sa stratégie en fonction de différents critères (humains, financiers, ...). Il fait appel ponctuellement à des experts extérieurs au programme et aux institutions pour enrichir la réflexion.
2) Des enquêtes spécifiques correspondant aux programmes développés. Il y en a eu trois depuis le début de «BNF» :

**a) L'enquête médecins**

Un sondage par téléphone a été réalisé un mois après l'action «C'est décidé, j'arrête, Votre médecin peut vous aider», sur un échantillon représentant 10 % des praticiens de Besançon. Les résultats de cette enquête montrent que 76 % des médecins ont bien utilisé les documents fournis et plus de la moitié d'entre eux apprécieraient des informations dans le domaine des techniques du sevrage, l'E.P.U. étant le moyen le plus souvent cité.

**b) L'enquête enfants et enseignants**

Elle a été réalisée systématiquement la première année du jeu auprès des enfants et des enseignants. Elle a permis de réajuster quelques règles de fonctionnement et de confirmer l'intérêt et le bien fondé d'une telle démarche de prévention.

**c) L'enquête de notoriété**

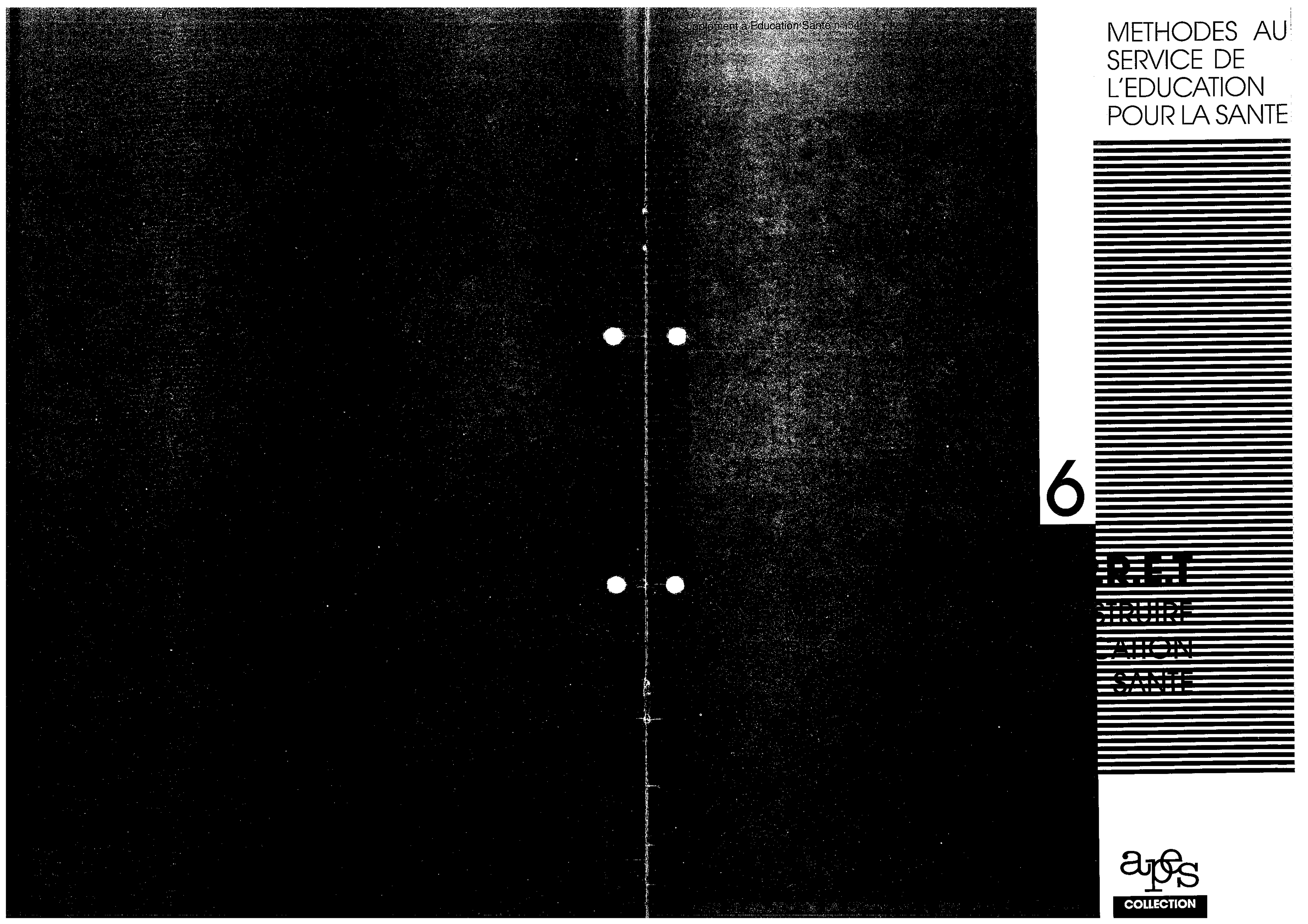
Elle avait pour objectif de connaître l'opinion des habitants de Besançon un an après le lancement de la campagne. Elle a été réalisée sur un échantillon représentatif de 300 personnes de plus de 15 ans. Les résultats peuvent être résumés en 5 points :

- Une notoriété importante : 92,5 % de la population ont entendu parler de BNF sans différence suivant le sexe, l'âge, la profession et le statut fumeur/non-fumeur.

- Une perception claire et mesurée : 90 % des Bisontins pensent que cette campagne respecte leur liberté (sans différence suivant le sexe, l'âge, la profession et le statut fumeur/non-fumeur). 86 % disent que l'opération est utile.

- Des supports de communication qui interpellent :
80 % connaissent le logo;
54 % ont vu les affiches;
35 %, les tee-shirts et 29 %, les autocollants.
Un fumeur sur deux a remarqué, en rentrant chez son médecin, les documents BNF (seulement 29 % chez les non-fumeurs).

- Des espaces non fumeurs qui s'élargissent : plus d'un Bisontin sur deux a vu l'affichette «Espace Non


Supplément à Education Santé n° 54
METHODES AU
SERVICE DE
L'EDUCATION
POUR LA SANTE
6
R.E.T
STRUIRE
CATION
SANTE
apes
COLLECTION

# L'A.P.E.S.

## ASSOCIATION POUR LA PROMOTION DE L'EDUCATION POUR LA SANTE

### Son objectif

Promouvoir la qualité méthodologique des programmes d'actions d'éducation et de promotion de la santé dans la Communauté Française par l'assistance méthodologique, l'information et la formation des personnes et des associations.

### Ses services

LA CELLULE SCIENTIFIQUE INTERUNIVERSITAIRE DE CONSEILS EN METHODOLOGIE

Vous avez des idées, des projets.
Vous réalisez déjà des activités de promotion et d'éducation pour la santé et vous désirez en évaluer les résultats.

Notre cellule est là pour vous aider à résoudre vos problèmes selon vos besoins et vos ressources.

LA COLLECTION «METHODES AU SERVICE DE L'EDUCATION POUR LA SANTE»

En collaboration avec la revue Education Santé.

Pour plus d'informations: Michel Demarteau, A.P.E.S., Sart Tilman - Bât. B 23, 4000 Liège. Tél.: 041/56 28 97.

## AVERTISSEMENT

La collection «Méthodes au Service de l'Education pour la Santé» s'adresse à toutes les personnes qui sont ou qui deviennent «éducateur pour la santé»: parent, enseignant, personnel de santé, travailleur social, journaliste,...

Nous voulons les aider à découvrir et utiliser des méthodes simples et concrètes pour réussir leurs projets.

Vous trouverez dans cette collection:
- une présentation de méthodes dans un cadre théorique;
- l'utilité de ces méthodes dans le champ de l'éducation pour la santé;
- des exemples concrets d'application;
- des références pour compléter ou approfondir votre information.

ATTENTION!

Nous avons choisi volontairement de proposer des documents brefs, faciles à consulter et à lire par un public non spécialisé. Chaque brochure ne peut, dès lors, faire le tour d'une question ni l'approfondir.

C'est au fil de la collection qu'apparaîtront la diversité et la richesse des méthodes présentées.

Chaque auteur assume la responsabilité de ce qu'il écrit.

La Cellule Interuniversitaire de Conseils en méthodologie.



6. TRANSFORMER VOTRE PROJET

*6.1. Prévoir la diffusion de vos apports*

(40) Pourquoi prévoir la rédaction d'un rapport ?
(41) A qui communiquer ses rapports ?

*6.2. Préparer la rédaction des rapports*

(42) Avec quels matériaux construire des rapports ?
(43) Sous quelle forme communiquer ses rapports ?
(44) A quel moment communiquer ses rapports

◆

## CONCLUSION

**Rédiger et évaluer le programme écrit**

Vous êtes arrivé au terme de l'A.P.P.R.E.T. Vous voilà au pied du mur. Vous avez rassemblé tous les éléments décrits, il vous reste à présenter le tout sous une forme claire, concise et attrayante pour convaincre ceux que vous rencontrez. Ce dossier sera aussi la clé de la réussite lors de la mise en oeuvre du programme. Ce sera votre référent et celui de tous ceux qui y collaborent. Mais il ne suffit pas d'écrire, il faut apprécier la pertinence, la cohérence, recueillir des avis.

Vous pouvez donc appliquer la méthode de l'A.P.P.R.E.T. à la rédaction de votre programme :

- Analyser d'autres programmes.
- Préparer les objectifs de votre document écrit.
- Planifier sa rédaction.
- Réaliser celle-ci.
- Evaluer votre texte en le faisant lire à d'autres.
- Transformer si nécessaire et le diffuser.

Vous pouvez aussi demander un conseil auprès de l'A.P.E.S.

◆

## BIBLIOGRAPHIE

**BAUDIER, F.**, Education pour la santé, guide pratique, Ed. C.D.E.S.-ADEESSE, BESANCON, 1987, 178 p.

**BERTHET, E.**, Information et Education Sanitaire, P.V.F., Collection «Que sais-je ?» n° 2069, PARIS, 1983, 128 p.

**BOELEN, C.**, Méthodologie du PIGEPS, in REGINSTER-HANEUSE, G., LECLERCQ, D., Plan d'Intervention Global à l'Egard d'un Problème de Santé, Université de Liège-C.E.R.E.S., LIEGE, 1985, pp 9 - 106.

**BURY, J.**, Education pour la santé, concepts, enjeux, planification, DE BOECK-WESMAEL, BRUXELLES, 1988, 235 p.

**CAMBIE, F. et al.**, Construire et gérer son projet, ed. Commission française de la Culture de l'Agglomération Bruxelloise, BRUXELLES, 1987, 116 p.

**CHAZE, S. BAUMANN, M., PALICOT, A.-M.**, La Santé en action , Comité français d'éducation pour la santé, PARIS, 2 éd., 1987, 112 p.

**DECCACHE, A.**, Pour mieux choisir son évaluation; définition et rôle des évaluations en éducation pour la Santé, ed. A.P.E.S., Collection «Méthodes au service de l'éducation pour la santé» n° 5, LIEGE, 1989, 9 p.

**LECLERCQ, D.**, Cinq facteurs de production de la conduite en matière de santé, C.E.R.E.S., Université de Liège, LIEGE, 1987, 29 p.

**SCHLEIPER, A., HAP, M.**, Pour un fonctionnement efficace des groupes d'action : l'organisation et la régulation des systèmes éducatifs, ed. A.P.E.S., Collection «Méthodes au service de l'éducation pour la santé» n° 5, LIEGE, 1989, 21 p.

**HAP, M.**, L'enquête par questionnaire, une méthode de collecte de données, ed. A.P.E.S., Collection «Méthodes au service de l'éducation pour la santé» n° 7, LIEGE, 1990, 15 p.

**Secrétariat d'état chargé de la santé**, Promotion de la santé: Méthodologie, La Documentation française, PARIS, 1986.

*1.3. Analyser les réponses préventives*

(10) Quelles sont les réponses préventives à apporter?
(11) Quels sont les programmes d'éducation pour la santé disponibles ?
(12) Quelles sont les ressources disponibles ?

**2. PREPARER LE PROJET**

*2.1. Choisir des priorités*

(13) Pourquoi votre projet est-il important, prioritaire ?
(14) Pour qui votre projet est-il important, prioritaire ?
(15) Faut-il poursuivre, modifier ou arrêter le projet initial ?

*2.2. Définir des objectifs*

(16) Quels sont les objectifs de santé de votre projet ?
(17) Quels sont les objectifs éducatifs terminaux de votre projet ?
(18) Quels sont les objectifs intermédiaires de votre projet ?

**3. PLANIFIER LE PROGRAMME**

*3.1. Définir des activités*

(19) Quelles sont les activités à entreprendre pour atteindre les objectifs fixés ?
(20) Quelle est votre stratégie d'information ?
(21) Quelles sont les animations qui permettront à votre public d'agir ?

*3.2. Définir des moyens*

(22) Quelles sont les ressources humaines nécessaires, disponibles ?
(23) Quelles sont les ressources matérielles nécessaires, disponibles ?
(24) Quelles sont les ressources financières nécessaires, disponibles ?

*3.3. Organiser un plan*

(25) Quel est le cahier des charges ?
(26) Quel est le calendrier des activités et des tâches ?
(27) Quel est votre budget ?

**4. REALISER LE PROGRAMME**

*4.1. Estimer la faisabilité*

(28) Quels sont les facteurs favorables au programme?
(29) Quels sont les facteurs défavorables au programme ?

*4.2. Prévoir le pilotage du programme*

(30) Quels sont les critères qui permettent de vérifier l'exécution du programme ?
(31) A quel moment est-il possible de réajuster le programme ?

*4.3. Prévoir la coordination du programme*

(32) Qui peut décider un changement dans le programme ?
(33) Comment allez-vous gérer la coordination ?

**5. EVALUER LE PROGRAMME**

*5.1. Définir des points de référence*

(34) Qu'est-ce que l'évaluation ?
(35) Que voulez-vous évaluer ?

*5.2. Prévoir l'utilisation des résultats*

(36) Pourquoi voulez-vous évaluer ?
(37) Quelles sont les contraintes fixées à l'évaluation ?

*5.3. Préparer le recueil des informations*

(38) Comment allez-vous évaluer ?

*5.4. Choisir le mode de comparaison des données*

(39) Comment allez-vous comparer vos données ?



# INTRODUCTION

Ce numéro de la collection «Méthodes au Service de l'Education pour la Santé» s'adresse à ceux qui entreprennent des activités d'éducation pour la santé en vue d'obtenir des résultats. C'est cette volonté d'aboutir à des résultats qui donne un sens à l'action, qui différencie l'acteur du simple témoin.

Pour ces acteurs de l'éducation pour la santé, nous proposons un outil de réflexion, une méthode pour construire des programmes.

Construire un programme, c'est choisir d'annoncer, de décrire, d'écrire la suite des actions que l'on se propose d'accomplir selon une démarche ordonnée pour arriver à un résultat défini à l'avance dans un délai fixé.

Construire un programme, c'est suivre une démarche de résolution de problème: identifier le problème, le décrire, l'organiser, rechercher ou inventer des solutions, les appliquer et juger du résultat.

Construire un programme, c'est déjà passer à l'action pour garantir la meilleure efficacité aux efforts et aux moyens investis.

Pourtant, écrire un programme est une étape encore trop souvent négligée. Elle est souvent ignorée, ou considérée comme trop contraignante, voire inutile.

Pour répondre à cette absence, pour vous informer, vous convaincre peut-être, nous vous proposons l'A.P.P.R.E.T., une méthode pour construire des programmes d'éducation pour la santé.

L'A.P.P.R.E.T. s'inspire de nombreuses propositions de planification (reprises en bibliographie) et en particulier des trois ouvrages suivants : **BOELEN C.** (1985), **CHAZE S., BAUMANN M., PALICOT A.-M.,** (1987), **Secrétariat d'Etat chargé de la santé,** (1986).

L'existence de tous ces «modèles» de planification, rend apparemment inutile une nouvelle tentative. Nous tentons néanmoins le pari. Une expérience de plusieurs années de <u>conseils en méthodologie</u> nous a conduit à formaliser et structurer nos interventions auprès de très nombreux relais de la prévention qui veulent savoir comment faire de l'éducation pour la santé !

L'A.P.P.R.E.T. est donc d'abord et surtout une grille de lecture, un aide-mémoire qui nous permet d'aider les acteurs de terrain à clarifier et développer leur demande de soutien méthodologique en orientant vers des méthodes, des ressources appropriées à leurs questions.

Le défi est de proposer une démarche simple et facile à mémoriser qui puisse néanmoins servir à appréhender une réalité complexe et souvent difficile à maîtriser.

L'outil doit en effet pouvoir être utilisé aussi bien par des professionnels de la santé que par ceux du secteur social ou éducatif, aux intentions et aux approches différentes. Pour un acteur de terrain il doit faciliter le passage du comment au pourquoi.

Il doit surtout permettre d'abandonner une représentation linéaire de la préparation d'une activité pour faire apparaître l'enchevêtrement des allers et retours continuels entre l'action et la réflexion.

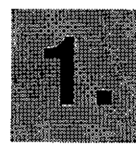
L'A.P.P.R.E.T. a été construit pour servir de support à des formations. Il est volontairement didactique et utilise dès lors une structure simple, basée sur des éléments qui s'emboîtent : six étapes, dix-sept éléments et quarante quatre questions. L'A.P.P.R.E.T. est une méthode GIGOGNE.

Le texte présenté ici dans la collection «Méthodes au Service de l'Education pour la Santé» représente le fil conducteur d'un dossier utilisé lors des formations organisées par l'A.P.E.S. Ce dossier comporte, lui, de nombreux exercices, la réalisation d'un travail de synthèse et des outils d'auto-évaluation.

La première partie de la brochure présente la méthode. Elle propose une vue générale des étapes et des éléments de l'A.P.P.R.E.T. et reprend les différentes questions qu'un éducateur pour la santé spécialisé peut poser lors d'une intervention méthodologique.

La deuxième partie de la brochure présente la méthode. Elle propose une vue générale des étapes et des éléments de l'A.P.P.R.E.T. et reprend les différentes questions qu'un éducateur pour la santé spécialisé peut poser lors d'une intervention méthodologique.

La deuxième partie illustre la méthode par un dialogue entre l'A.P.E.S. et un projet de terrain. Quelques pistes de réflexion sont présentées.



## L'A.P.P.R.E.T., UNE METHODE POUR CONSTRUIRE DES PROGRAMMES

«Apprêt : action de rendre prêt en vue d'une utilisation prochaine» (Petit Robert, 1986).

«Méthode : ensemble de procédés pour obtenir un résultat déterminé» (Petit Robert, 1986).

«Programme : - Ecrit annonçant et décrivant les différentes parties de ce qui est organisé et prévu.

- Suite d'actions que l'on se propose d'accomplir pour arriver à un résultat» (Petit Robert, 1986).

Pour préparer des activités d'éducation pour la santé, il faut les apprêter. Il faut définir et écrire au préalable les résultats souhaités, les moyens et les délais fixés dans un programme. La méthode de l'A.P.P.R.E.T. peut vous y aider.

Le terme A.P.P.R.E.T. reprend les initiales des étapes classiques de la planification d'actions : Analyser, Préparer, Planifier, Réaliser, Evaluer, Transformer (graphique 1).

**Graphique 1** : *Les étapes de l'A.P.P.R.E.T.*

ANALYSER
PREPARER
PLANIFIER
REALISER
EVALUER
TRANSFORMER



### *5.4. Choisir le mode de comparaison des données*

Il ne suffit pas d'accumuler des informations. Il faut les traiter, les analyser, établir des comparaisons pour mesurer des changements avant de porter des jugements.

L'évaluation n'est ni lourde, ni difficile si vous avez compris que c'est une activité que vous pratiquez «naturellement», qu'il suffit donc de systématiser votre pratique; que c'est une étape et qu'elle bénéficie donc de tout le travail de conception déjà accompli; que vous pouvez bénéficier de conseils et d'aide. Cependant, l'évaluation mérite comme les autres étapes, votre attention et vos efforts.

### 6. TRANSFORMER VOTRE PROJET

Votre compétence s'est développée au fil de la lecture de l'A.P.P.R.E.T. ! Vous avez déjà pu constater comme un problème peut en cacher un autre et une réponse renvoyer à d'autres questions. Après l'exécution de votre projet, il vous faudra tirer le bilan, interpréter les résultats, faire des propositions pour le poursuivre. Dès maintenant, il faut préparer cette phase et savoir que tout programme, si parfaitement conçu soit-il, laisse subsister des incertitudes qu'il faudra réduire.

#### *6.1. Prévoir la diffusion de rapports*

L'intérêt d'un projet réside aussi dans sa capacité d'adaptation et de transfert à d'autres situations, à d'autres acteurs. Ceux qui peuvent vous aider financièrement ou institutionnellement y seront particulièrement attentifs. Il vous faudra communiquer et diffuser votre rapport et préparer une stratégie de communication pour le valoriser. Par exemple, le rapport devra peut-être prendre des formes différentes selon ses lecteurs potentiels : presse, administration, décideur, collaborateur,...

#### *6.2. Préparer la communication sur le programme*

Quels seront les éléments qui devront y figurer et pour lesquels il vous faudra conserver des traces : documents administratifs, produits éducatifs, résultats, etc.; après il sera trop tard ! Comment préparer la communication sur le programme, pour qui ? Quand ?

## 3. LES QUESTIONS DE L'A.P.P.R.E.T.

Les étapes proposées jusqu'ici ne proposent encore qu'un canevas pour concevoir un programme d'éducation pour la santé.

Pour préciser la démarche et la concrétiser, nous avons imaginé un dialogue entre un acteur d'éducation pour la santé et l'A.P.E.S. Ce dialogue vous est présenté dans la deuxième partie de cette brochure.

Ce type de présentation reste malheureusement rigide et ne rend pas compte de la richesse et de la variété de nos interventions. Il peut au mieux servir de fil conducteur.

La toile de fond du dialogue est :

- Qui êtes-vous ?
- Que voulez-vous faire ?
- Pourquoi ?
- Comment allez-vous faire ?
- Comment apprécier votre action ?
- Comment la valoriser ?

Celui-ci se précise grâce aux quarante quatre questions suivantes.

### 1. ANALYSER LA SITUATION

#### *1.1. Analyser les demandes*

(1) Qui est à l'origine du projet d'éducation pour la santé ?
(2) Comment l'idée du projet est-elle née ?
(3) Quelle est la nature de la demande du promoteur ?
(4) Y a-t-il une demande explicite du public visé ?

#### *1.2. Analyser les besoins de santé*

(5) Quel est le besoin de santé identifié pour quel public ?
(6) Quels sont les facteurs en relation avec le problème de santé défini ?
(7) Quels sont les éléments épidémiologiques disponibles sur le problème de santé ?
(8) Quels sont les éléments de description de la communauté (disponibles) ?
(9) Quelles sont les caractéristiques psycho-sociales du public-cible ?

fixés en tenant compte des ressources et des contraintes. La dimension essentielle est le TEMPS. Celui dont vous disposez et celui qui sera nécessaire pour chaque étape de votre programme.

L'étape de la planification est cruciale, c'est là que les contraintes vont peser le plus sur votre projet.

Il vous faudra probablement reprendre certaines données de base et peut-être modifier certains choix, revoir certains objectifs. Ce retour en arrière sera même inévitable si les choix et les objectifs n'ont pas été fixés par vous, mais que l'on vous demande de les mettre en oeuvre.

Vous devez (aussi) TOUT planifier, y compris le temps nécessaire à la construction et à la rédaction de votre programme !

## 4. REALISER LE PROGRAMME

Un long travail de préparation vient d'aboutir... Votre action va pouvoir démarrer... Votre programme est presque rédigé !

Mais avez-vous tout prévu ?

Un programme ne se déroule jamais idéalement.

Vous devez anticiper les difficultés dès la phase de conception, au moment de rédiger votre programme; prévoir la coordination de vos actions; contrôler certains paramètres du projet, et vous donner les moyens de modifier, si nécessaire, vos actions, de les ajuster, de PILOTER votre programme.

### *4.1. Estimer la faisabilité*

Il est temps de faire à nouveau le point. En préparant votre projet vous avez sélectionné quelques objectifs. Il vous faut, cette fois, sélectionner les activités, les moyens en établissant la liste des obstacles mais aussi des facteurs favorables aux activités, au programme.

### *4.2. Prévoir le pilotage du programme*

La bonne marche du programme et le respect de la planification demandent une attention constante et un sens critique pour maîtriser la diversité des facteurs prévisibles et imprévisibles.

### *4.3. Prévoir la coordination du programme*

La coordination suppose la prise de décision et donc la responsabilité de l'exécution du programme. Il faut identifier les niveaux de décision pour permettre un fonctionnement optimal.

Une réflexion sur la mise en oeuvre, l'exécution du programme permet d'intégrer dans votre projet, les méthodes et les moyens de la coordination et du pilotage.

## 5. EVALUER LE PROGRAMME

L'évaluation se prépare comme l'action. Elle doit être inclue dans votre programme avant toute mise en oeuvre.

A partir des données récoltées au moment de l'analyse, avec les critères de vos priorités, pour vérifier les effets définis par vos objectifs, vous allez construire et utiliser des instruments d'évaluation.

L'évaluation consiste à porter un jugement à partir d'une comparaison entre des informations et des points de référence. **L'évaluation doit comporter idéalement quatre éléments : un point de référence, un jugement, une information, une comparaison.** C'est la décision à prendre qui distingue la phase d'analyse de la phase d'évaluation. L'évaluation peut se situer pendant ou au terme du programme. Elle peut viser l'ensemble du programme ou certaines de ses composantes.

### *5.1. Définir des points de référence*

Sur quoi l'évaluation va-t-elle porter : les résultats de l'intervention sur la santé, les comportements, les attitudes, les connaissances; le processus, les activités, les services, etc. ?

### *5.2. Prévoir l'utilisation des résultats*

Pourquoi voulez-vous évaluer ? Quel jugement, quelle décision serez-vous amené à prendre ? Que fera-t-on des résultats ? A qui va-t-on les communiquer ? L'évaluation est une méthodologie guidée par des intentions. Ce sont celles-ci qui guident le choix des points de référence et des instruments de recueil de l'information en tenant compte des contraintes matérielles.

### *5.3. Préparer le recueil des informations*

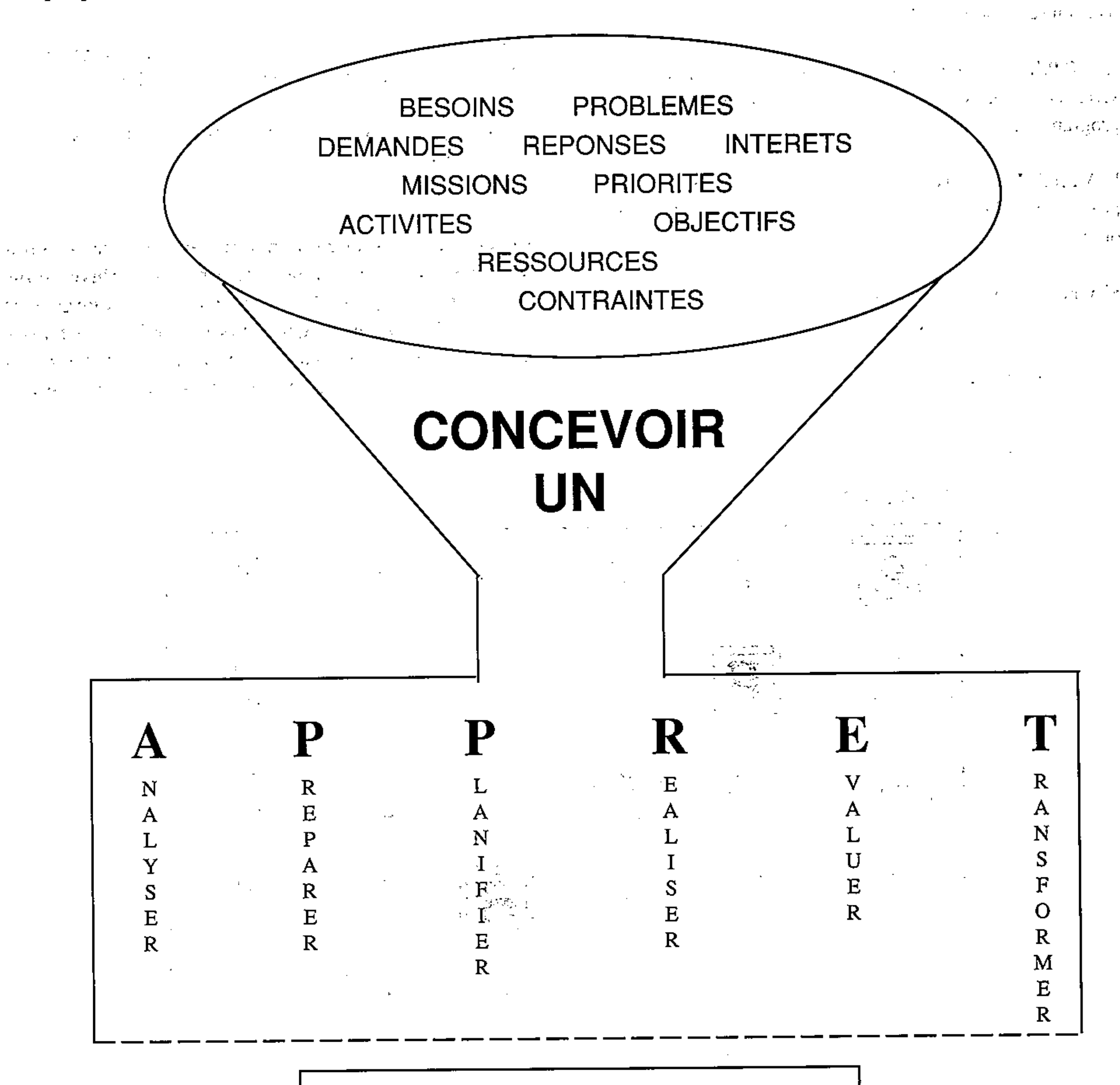
Pour récolter les données de l'évaluation, il y a des méthodes, des instruments. Ceux-ci doivent se construire ou se choisir avec soin.



L'originalité de la démarche est de situer ces étapes au moment de la conception d'un programme (graphique 2).

Le but de l'A.P.P.R.E.T. n'est pas de guider l'activité, mais de construire le programme qui devra permettre d'atteindre les résultats escomptés. En fait, bien avant d'accomplir réellement une action d'éducation pour la santé, vous devez anticiper et prévoir toutes les phases de son déroulement, y compris son évaluation et l'utilisation des résultats.

**Graphique 2 :** *Les étapes de la construction d'un programme.*



Avant de présenter, puis de détailler chaque étape de l'A.P.P.R.E.T., une remarque capitale doit être formulée : Il n'existe pas une et une seule manière de préparer et de réaliser l'éducation pour la santé.

Les points de départ des projets d'éducation pour la santé sont multiples : problème de santé, demande du public ou d'une institution, projet personnel, obligation légale,... Il faut répondre à cette situation de façon souple.

L'A.P.P.R.E.T. n'est donc pas un système même s'il propose de systématiser.

L'A.P.P.R.E.T. n'est pas une grille qui veut vous enfermer dans un schéma pré-établi.

L'A.P.P.R.E.T. est un filet mental aux mailles de plus en plus serrées qui vous sert à pêcher les éléments pour construire le programme.

L'A.P.P.R.E.T. vous suggère d'écrire vos intentions, votre programme d'action et vous propose un moyen de ne rien oublier.

Si vous vous intéressez d'abord à la réalisation concrète de votre projet, aux moyens disponibles pour le réussir, fort bien!

Nous essayons seulement de vous montrer que pour choisir une brochure ou l'écrire, par exemple, vous devrez, notamment, définir un contenu, un public; préciser les résultats que vous souhaitez atteindre; vérifier certaines de vos hypothèses; planifier votre action, l'essayer et probablement la transformer. De plus, chaque pas accompli va vous obliger à reprendre certains éléments, à recommencer certaines démarches.

La représentation suivante illustre cette approche en échos. Chaque étape de l'A.P.P.R.E.T. renvoie à l'A.P.P.R.E.T. (graphique 3).

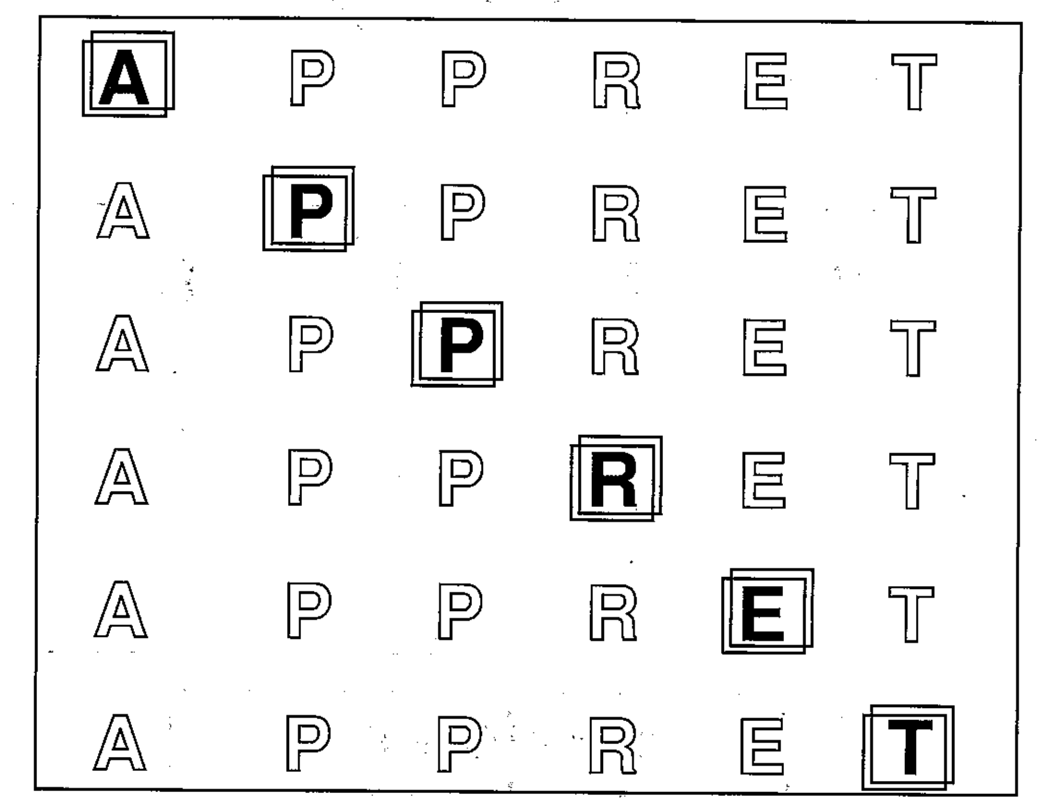
La méthode de l'»A.P.P.R.E.T.» est-elle une démarche sans fin?

- Oui, car il n'y a jamais d'activité totalement accomplie.
- Non, car votre temps, vos moyens ont des limites.

S'il vous pousse à REFLECHIR, l'A.P.P.R.E.T. ne peut vous empêcher d'AGIR.

**Cependant n'hésitez pas à investir un peu de votre temps dans la phase de conception. Votre projet sera plus crédible et certainement plus efficace, ce qui vous fera largement rattraper le temps et l'argent investi. Et puis, n'hésitez pas à être ambitieux au départ. Une fois mis en route, les programmes ont une fâcheuse tendance à rétrécir à l'usage.**

Graphique 3









# LES ETAPES DE L'A.P.P.R.E.T.

## 1. ANALYSER LA SITUATION

Au départ de toute action, il y a une idée personnelle, un problème, une situation de santé reconnue ou suspectée, il peut y avoir une demande d'un public ou d'une institution ou même encore un document, un programme mis à votre disposition.

Quel que soit ce point de départ, vous devez l'identifier, le décrire pour vous permettre de préparer, planifier, réaliser, évaluer et transformer votre projet sur des bases sûres. Vous pouvez réaliser une analyse de la situation selon trois axes :

### *1.1. Analyser les demandes*

Identifier et décrire les demandes du public visé et des promoteurs de l'action.

### *1.2. Analyser les besoins de santé*

Identifier et décrire les besoins de santé sur le plan physique, mental et social, et les facteurs qui influencent ces besoins.

### *1.3. Analyser les réponses préventives*

Identifier et décrire les structures, les ressources, les contraintes,...

Attention, si vous ne possédez pas directement toute l'information nécessaire (documents, expérience personnelle, ...), vous devez certainement la rechercher (recherche documentaire,...) ou même la produire (observation, enquête,...).

Pour chaque niveau d'analyse vous devez donc prévoir trois stades dans la recherche d'information :

A. Information disponible.

B. Recherche documentaire.

C. Production de l'information.

En fonction de ces stades, il faudra intégrer dans votre programme des ressources nécessaires.

## 2. PREPARER LE PROJET

Vous possédez les matériaux de base. La situation est reconnue, décrite. Il est temps maintenant de trier, de faire des choix et de tracer les grandes lignes de votre action.

### *2.1. Choisir des priorités*

Un problème de santé est rarement isolé, les solutions pour le résoudre encore plus rarement uniques et les choix inévitables. L'important est d'annoncer les critères de votre choix pour vos partenaires et pour votre programme (importance du problème de santé, moyens financiers disponibles,...).

### *2.2. Définir des objectifs*

Vous connaissez au moins implicitement les effets que vous voulez obtenir par votre action. Ecrivez-les ! Définissez vos objectifs ! C'est un outil précieux pour, ensuite, planifier et réaliser votre programme. Il est indispensable pour permettre l'évaluation, vérifier les résultats attendus.

Cette étape de prise de décision vous obligera peut-être à reprendre et à affiner votre analyse. Par exemple, en établissant une liste de vos critères de choix, vous vous apercevrez peut-être que certains éléments nécessaires à la décision manquent.

## 3. PLANIFIER LE PROGRAMME

Les buts sont choisis et précisés. Par quel chemin les atteindre ? Avec quelles ressources ? Comment organiser le voyage après avoir choisi le lieu de vacances ?

### *3.1. Définir des activités*

Quelles sont les actions entreprises : conférence, brochure, action communautaire,... Tous les chemins mènent à l'éducation pour la santé, mais tous ne respectent pas vos finalités, n'exigent pas les mêmes efforts et ne permettent pas d'espérer les mêmes résultats. Pour vous guider, revenez à votre analyse des besoins, des demandes et des réponses.

### *3.2. Définir des moyens*

Tout votre enthousiasme ne suffira pas, si vous ne bénéficiez d'aucune aide. Décrivez les moyens matériels et humains nécessaires à votre programme : budget, compétences extérieures et internes, autorisations, etc. et précisez leur accessibilité.

### *3.3. Organiser un plan*

Un plan est une manière d'organiser et de coordonner les étapes d'une action pour atteindre un des objectifs